

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



**Diplomová práce**

**Bc. Barbora Šonová**

Koncepce životních událostí a jejich vlivu na zdravotní stav jedince  
The Concept of Life Events and Their Impact on the Health of Individual

Praha, 2010

vedoucí práce: doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi při vypracování této diplomové práce pomohli.

Děkuji zejména Radku Řezáčovi za technickou podporu při zpracování dat a Mgr. Sandře Gembčíkové za jazykovou korekturu práce.

Za formální úpravy textu bych ráda poděkovala Bc. Janu Studenému a Ing. Vladimíru Šonovi.

Zvláštní poděkování patří doc. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc. za jeho cenné připomínky a odborné rady při vedení této práce.

V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za trpělivost a psychickou podporu, která mi byla v průběhu zpracovávání tématu zdrojem síly i chuti do práce.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala zcela samostatně a veškerou použitou literaturu a další podkladové materiály uvádím v závěrečném soupisu bibliografie. Zároveň prohlašuji, že tištěná i elektronická verze práce jsou shodné.

V Praze, dne 27. 7. 2010

Barbora Šonová

## Abstrakt

První část předložené práce je věnována teoretickému představení koncepce životních událostí a jejich vlivu na zdravotní stav člověka. Po úvodním vymezení ústředního pojmu práce a stručném přiblížení historického vývoje zkoumání životních událostí přechází autorka k přehledu psychických a somatických onemocnění, která bývají nejčastěji spojována s výskytem prožitých změn. Teoretická část práce se dále zabývá faktory na straně jedince i okolního prostředí, které mohou vnímání životních událostí a jejich vliv na zdraví člověka značně modifikovat. Opomenuty nesmí zůstat ani mechanismy působení těchto zátěžových situací. Práce se rovněž věnuje klíčovým metodologickým aspektům výzkumu ve sledované oblasti a upozorňuje také na další související témata hodná pozornosti, kterým vzhledem k omezenému rozsahu teoretické části nemohla být věnována větší pozornost. Závěrečná kapitola představuje stručné kritické zhodnocení sledované problematiky.

V empirické části autorka představuje vlastní výzkum provedený na vzorku 258 respondentů finské národnosti. S využitím souboru dotazníkových metod je sledována souvislost mezi výskytem životních událostí a zhoršením duševního zdraví se zaměřením na úlohu vybraných osobnostních charakteristik, které do tohoto procesu vstupují a mohou ho značně ovlivňovat. Po prokázání vztahu mezi prožitou zátěží a výskytem negativních změn v psychické oblasti je pozornost zaměřena na úlohu psychické flexibility při hodnocení vlastního zdraví a rovněž na její potenciálně protektivní účinek vůči působení prožitých událostí. V závěru druhé části je představen lineární regresní model pro predikci zdravotního stavu z hodnot sledovaných proměnných (životní události a osobnostní charakteristiky jedince).

## Klíčová slova

životní událost, životní změna, zátěž, stres, zvládání zátěže, onemocnění, osobnost

## Abstract

The first part of the thesis is focused on the theoretical presentation of the life events concept and their influence on the health of man.

After introductory definition of the focal idea of the thesis and brief description of the historical development of the life events research the author proceeds to the list of /psychic and somatic illnesses that are most frequently connected with the occurrence of life changes. The theoretical part of the thesis also deals with the factors on both an individual's and living environment side that may modify the perception of life events and their impact on the human health to a great extent.

Furthermore the mechanisms of the influence of stress situations cannot be omitted. In a separate chapter the thesis deals with key methodological aspects of the research in the field of observation and in the end it covers other related themes that deserve to be noticed but could not be included in the theoretical part because of its limited scope.

Last chapter briefly presents critical comments on discussed topic.

In the empirical part of the thesis the author presents her own research that have been done at the sample of 258 respondents of the Finnish nationality.

Using the set of questionnaires, the relationship between the life event occurrence and health changes has been observed with the focus on the role of selected personality characteristics that enter this process and may influence it greatly.

After proving the relationship between the experienced stress and occurrence of negative changes in the psychic field the focus of the thesis progresses to the role of psychic flexibility at self-assessment of one's health and at the same time to its potential protective effect against the impact of experienced events.

In the end of the second part the thesis introduces the linear regression model for health state prediction out of the values of observed variables (life events and personality characteristics of individual).

## Keywords

Life Event, Life Change, Stress, Coping, Disease, Personality

## Obsah

Seznam zkratk .....	8
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1. Vymezení pojmu .....	14
1.1. Definice životních událostí .....	14
1.2. Vymezení životních událostí vůči jiným zdrojům zátěže.....	15
1.3. Příklady a kategorie životních událostí .....	16
2. Pohled do historie zkoumání životních událostí.....	18
2.1. Počátky výzkumu stresu.....	18
2.2. Studium stresu v extrémních podmínkách .....	22
2.3. Průkopnické studie ŽU a další vývoj oboru v 60. a 70. letech 20. století.....	23
2.4. Vývoj výzkumu ŽU od 80. let 20. století po současnost .....	27
2.5. Výzkum životních událostí v Čechách.....	29
3. Životní události a onemocnění .....	32
3.1. Životní události a poruchy zdraví .....	32
3.1.1. Poruchy fyzického zdraví.....	32
3.1.2. Poruchy duševního zdraví.....	34
3.2. Přehled některých klíčových poznatků o vztahu ŽU a nemoci.....	35
3.2.1. Poznatky odvozené ze studií velkých vzorků populace.....	35
3.2.2. Chování v roli nemocného (illness behavior) .....	37
4. Faktory ovlivňující dopady životních událostí na zdraví .....	39
4.1. Modely působení ŽU na zdraví.....	39
4.2. Charakteristiky životních událostí.....	42
4.3. Intervenující proměnné na straně jedince .....	44
4.3.1. Protektivní faktory .....	45
4.3.2. Rizikové faktory.....	49
4.3.3. Role osobnosti ve vztahu ŽU - nemoc .....	51

5. Představy o patofyziologickém působení ŽU na zdraví.....	53
6. Metodologické aspekty zkoumání životních událostí .....	58
6.1. Nástroje pro měření životních událostí .....	58
6.1.1. Inventáře životních událostí .....	59
6.1.2. Kontextuální přístup.....	61
6.2. Typy výzkumných plánů .....	62
6.3. Hodnocení zdravotního stavu.....	64
7. Dosud neujasněné otázky .....	66
7.1. Otázka specifického vs. nespecifického působení životních událostí.....	66
7.2. Míra rizika.....	66
7.3. Rozdíly mezi muži a ženami .....	67
8. Kritické zhodnocení představených poznatků.....	68
EMPIRICKÁ ČÁST .....	70
1. Výzkumné otázky .....	71
2. Metoda.....	73
2.1. Vzorek a sběr dat.....	73
2.2. Použité metody.....	75
3. Výsledky.....	78
4. Diskuze .....	91
ZÁVĚR.....	98
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	103
PŘÍLOHY .....	116
Příloha č. 1: Dotazník .....	117
Příloha č. 2: Deskriptivní statistika a četnosti .....	127
Příloha č. 3: Ověření předpokladů použití lineárního modelu.....	137
Příloha č. 4: Rozdíly mezi muži a ženami .....	140

## Seznam zkratek

AAQ-II. –Acceptance and Action Questionnaire (Dotazník akceptace a jednání)

GAS – General Adaptation Syndrome (obecný adaptační syndrom)

GHQ – General Health Questionnaire (Dotazník všeobecného zdraví)

IŽUA – Inventář životních událostí adolescenta

LCU – Life Change Unit (jednotka životní změny)

LEDS – Life Events and Difficulties Schedule (Seznam životních událostí a těžkostí)

LES – Life Experience Survey (Výzkum životní zkušenosti)

LOC – Locus of Control (místo kontroly)

PERI – Psychiatric Epidemiology Research Interview (Výzkumný rozhovor psychiatrické epidemiologie)

SES – Socioekonomický status

SRE – Schedule of Recent Experience (Inventář nedávných zkušeností)

SRRS – Social Readjustment Rating Scale (Škála sociální readjustace)

TIPI – Ten Item Personal Inventory (Desetipoložkový osobnostní inventář)

ŽU – Životní událost



# ÚVOD

Každý člověk ve svém životě zažívá nespočet více či méně náročných událostí a situací, kterým je nucen určitým způsobem čelit. Odborníci si všimli vztahu mezi těmito událostmi a výskytem různých onemocnění a začali ho zkoumat. Cílem předložené práce bude představit na základě studia odborné literatury některé klíčové poznatky, které se doposud v oblasti zkoumání životních událostí podařilo nashromáždit. V empirické části se pokusíme ověřit existenci vztahu mezi prožitými událostmi a zhoršením zdravotního stavu u vlastního souboru respondentů s důrazem na úlohu vybraných osobnostních charakteristik, které do tohoto procesu vstupují.

Životní události byly od počátku jejich výzkumného sledování ve třicátých letech dvacátého století opakovaně shledávány důležitým rizikovým faktorem při vzniku onemocnění, a tvoří tak významnou kapitolu psychosomatické medicíny a dalších souvisejících oborů. Zvolená problematika je nepochybně velmi důležitá zejména v rámci prevence nemocí a péče o zdraví obecně. Pochopení způsobů působení životních událostí může mít navíc praktický přínos v oblasti terapeutického zvládání důsledků prožitých změn. V české literatuře se nám nepodařilo najít aktuální ucelenou publikaci na toto téma, a proto se domníváme, že by představení klíčových poznatků z této oblasti mohlo být pro čtenáře se zájmem o danou tematiku zajímavé. Výběr tématu práce vyplývá rovněž z našeho dlouhodobého zájmu o problematiku životních událostí, které jsme se věnovali již v bakalářské práci z roku 2006.

Koncepce životních událostí a jejich potenciálně škodlivého vlivu na lidské zdraví představuje významnou linii výzkumu stresu. Ve výzkumu vztahu mezi uvedenými proměnnými se uplatňují poznatky celé řady vědních oborů, jako je například psychologie, neurofyzilogie, endokrinologie, psychiatrie, psychosomatika a další. Fenomén stresu nicméně není primárním tématem naší práce, a proto budeme zmiňovat pouze relevantní informace související s oblastí životních událostí. Čtenáře s hlubším zájmem o danou problematiku můžeme odkázat na četné odborné příspěvky uváděné v soupisu bibliografie.

Zdrojem poznatků uváděných v této práci nám byla zejména dostupná česká a zahraniční literatura. Informace jsme čerpali především z odborných článků k tématu životních událostí, které jsme získali z elektronických databází. Vzhledem ke značnému rozsahu zvoleného tématu jsme museli zaměřit pozornost pouze na některé klíčové oblasti, které představujeme celkem v sedmi kapitolách.

V první kapitole se věnujeme vymezení pojmu životní události a odlišení těchto zkušeností od jiných potenciálních zdrojů zátěže v lidském životě.

Druhá kapitola představuje stručný pohled do historie zkoumání životních událostí a upozorňuje na některé důležité milníky ve výzkumu tohoto tématu. Jednotlivá témata, která jsou v této kapitole pouze stručně naznačena, budou podrobněji rozpracována v dalších částech práce.

Třetí kapitola je věnována přehledu somatických i psychických onemocnění, která se mohou objevit jako následek prožití závažných změn. Výčet těchto nemocí ovšem není kompletní a zahrnuje pouze takové poruchy, o kterých se v souvislosti s výskytem životních událostí v odborné literatuře nejčastěji hovoří. V třetí kapitole zároveň uvádíme některé klíčové poznatky o vztahu životních změn a nemocí.

Dopady životních událostí na zdraví ovlivňuje celá řada intervenujících proměnných a dalších faktorů, jejichž představení je věnována čtvrtá kapitola. Mezi tyto faktory patří již charakteristiky samotných událostí, které určují míru jejich náročnosti. Dále budeme hovořit o vybraných proměnných na straně jedince i jeho sociálního prostředí, které mohou ovlivňovat zvládání prožitých změn a tím i jejich případné nežádoucí zdravotní důsledky. Z osobnostních charakteristik hraje roli zejména duševní odolnost či tzv. lokalizace kontroly (*locus of control* – LOC). Z faktorů vnějšího prostředí můžeme zmínit například sociální oporu jedince. V závěru čtvrté kapitoly představujeme rovněž vybrané rizikové faktory, které mohou činit člověka zranitelnějším vůči působení životních změn. Zabýváme se také komplexní rolí osobnosti ve vztahu k vnějším událostem a vzniku onemocnění.

Pátá kapitola se pokouší přiblížit představy o patofyziologickém působení životních událostí na zdraví.

Šestá kapitola je věnována metodologickým aspektům výzkumu životních událostí. Po představení nástrojů pro zachycování prožitých zkušeností představuje nejčastěji používané typy výzkumných plánů a dotýká se také problematiky hodnocení a měření zdravotního stavu jedince.

Sedmou kapitolu jsme vyčlenili pro stručné představení vybraných témat, kterým v předchozích oddílech práce z důvodu jejího omezeného rozsahu nemohla být věnována pozornost. Tyto oblasti ovšem považujeme za velmi důležité, a proto na ně chceme čtenáře alespoň tímto způsobem upozornit.

V poslední, osmé, kapitole předkládáme vlastní kritické úvahy vztahující se ke zvolenému tématu.

Problematika životních událostí je značně rozsáhlá a komplikovaná a členění práce do kapitol je tak velmi obtížné a do jisté míry umělé. Diskutovaná témata se často prolínají a na některých místech se pak budou v různých podobách opakovat.

Jak již bylo zmíněno výše, šíře zvoleného tématu nás přiměla zaměřit se pouze na některé hlavní oblasti poznatků. Mnoho důležitých informací tak bohužel v naší práci nemohlo být vůbec zmíněno. V následujících kapitolách nezbyl prostor pro takové okruhy, jako je působení životních změn u specifických skupin populace (například děti, senioři či mentálně postižení jedinci), interkulturní rozdíly v působení prožitých událostí, jiné než zdravotní důsledky těchto změn (například pracovní výkon) a možnosti terapeutického zvládání negativních stavů plynoucích z prožitých situací. Všechna uvedená témata a mnohá další jsou natolik důležitá a zajímavá, že by si jejich zpracování vyžádalo samostatnou práci. Čtenářům se zájmem o tyto oblasti doporučujeme studium specificky zaměřených publikací.

Některé zdroje literatury, ze kterých v naší práci vycházíme, jsou poněkud staršího data. Vzhledem ke značnému vědeckému přínosu těchto studií ale považujeme za zajímavé uvést jejich závěry, které z valné části zůstávají dodnes aktuální.

Původním záměrem empirické části práce bylo porovnat prožité události a jejich dopad na zdravotní stav u dvou kulturně odlišných souborů respondentů. V průběhu příprav výzkumu a sběru dat i shromažďování teoretických podkladů ovšem vyšla najevo potřeba nejprve pečlivě zmapovat vztah mezi životními událostmi a zdravotním stavem, a teprve poté zkoumat interkulturní platnost poznatků. Studie sledující obě tato témata by svojí povahou značně přesahovala rozsah diplomové práce. Z tohoto důvodu jsme se nakonec rozhodli pracovat pouze s jedním souborem respondentů a zaměřit se podrobněji na souvislost mezi prožitými situacemi a následnými změnami duševního zdraví. Zároveň jsme věnovali pozornost roli osobnostních proměnných v tomto procesu. Otázku mezikulturního srovnání ovšem nadále považujeme za velmi zajímavou a ponecháváme si ji jako námět pro další výzkumnou činnost v této oblasti.

Jak uvidíme v následujících kapitolách, problematika životních událostí je velmi složitá a dodnes v sobě zahrnuje řadu nezodpovězených otázek. Autoři se v podstatě pokoušejí zjistit, jaké události mohou vést ke vzniku jakých onemocnění u jakých jedinců a v jaké situaci. Dále se snaží zmapovat, jakým způsobem mohou prožité události náš zdravotní stav ovlivnit. S těmito tématy dále souvisí celá řada metodologických problémů. Cílem předložené práce není vyřešit otázku vztahu mezi životními událostmi a vznikem onemocnění ani poskytnout syntézu stávajících poznatků v této oblasti. Naším záměrem je představit hlavní témata, kterými se odborníci v této souvislosti zabývají, a podat přehled hlavních informací, ke kterým se ve výzkumu doposud dospělo. Každá část předložené práce tak do určité míry tvoří samostatný celek. Souhrn těchto částí pak ukazuje na značnou různorodost témat v rámci sledované problematiky. Cílem empirické studie je přispět vlastními daty k dosavadním poznatkům v oblasti životních událostí.

V celé práci používáme citační normu APA a veškeré překlady zahraničních pramenů jsou naše vlastní s výjimkou pojmů, které u nás již mají svá označení. V takovém případě nepovažujeme za nutné ani žádoucí zavádět další překlady anglických výrazů a přidržujeme se existujících názvů, i když je jejich užívání v odborné literatuře často nejednotné.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

## 1. Vymezení pojmu

Před tím, než se pustíme do popisu problematiky životních událostí a jejich vztahu ke vzniku onemocnění, musíme se pokusit o vymezení ústředního pojmu naší práce. V následující kapitole nabídneme několik možných definic životních událostí a dále tento pojem odlišíme od jiných životních zkušeností, které mohou být také zdrojem zátěže, ale kterými se primárně zabývají jiné oblasti psychologického výzkumu. Uvedeme také některé příklady životních událostí a ukážeme snahy o jejich kategorizaci.

### 1.1. Definice životních událostí

Každý člověk čas od času zažívá situace a události, které mohou přinést změnu v dosavadním způsobu života a jejichž zvládnutí může představovat jistou zátěž. Pro označování těchto změn jsou používány pojmy jako životní události (*life events*), životní změny (*life changes*), životní krize (*life crises*) či zátěžové životní události (*stressful life events*). V literatuře je podle našich informací nejvíce rozšířen pojem životní události, který budeme používat i v této práci<sup>1</sup>.

Vymezení pojmu životní události se u různých autorů liší, přesto však můžeme v dostupných koncepcích nalézt několik spojujících prvků. Prvním z nich je předpoklad, že životní události mohou za určitých podmínek vést ke vzniku psychických či somatických onemocnění (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974b). S tímto očekáváním souvisí vnímání životních událostí jako zátěžových a tedy v podstatě nežádoucích zkušeností<sup>2</sup>. Dále se převážná část odborníků zaměřuje na takové události, které mohou někdy v životě potkat každého člověka, a které tedy nejsou svým výskytem zcela neobvyklé (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974b). Za klíčovou charakteristiku ŽU považuje většina autorů jejich potenciál vyvolat větší či menší změnu v dosavadním způsobu života jedince, která je obvykle doprovázena emočními reakcemi. Tyto předpoklady se také nejčastěji objevují v používaných definicích.

---

<sup>1</sup> Na některých místech textu budeme pro označení životních událostí používat zkratku ŽU. Rovněž můžeme název životní události kvůli větší plynulosti textu občas nahradit výrazy náročné události, zátěžové události, životní změny apod.

<sup>2</sup> Toto tvrzení je do jisté míry zjednodušující. Na tomto místě jsme si však pro lepší vymezení pojmu ŽU dovolili drobné zobecnění. Samotné situace zařazované do inventářů životních událostí často nemusí být společensky nežádoucí a někdy mají dokonce pozitivní charakter (viz např. Holmes & Masuda, 1974). Pojem nežádoucnost zde vztahujeme spíše k negativním zdravotním důsledkům těchto událostí, které mohou nastat i u situací obecně hodnocených jako pozitivní (Holmes & Masuda, 1974). Tomuto tématu bude věnována pozornost na jiných místech práce).

Holmes a Rahe (1974) zahrnují pod pojem životní událost takové situace, „jejichž výskyt *bud' sám představuje, nebo vyžaduje výraznou změnu dosavadních životních vzorců jedince*“ (pp. 217).

Myers, Lindhental a Pepper (1974) definují životní události jako „*zkušenosti zahrnující transformaci rolí, změnu statusu či prostředí nebo působení bolesti*“ (pp. 193).

Antonovsky (1974) považuje za podstatu životních událostí fakt, že u zasaženého jedince vyvolávají tenzi, podobně Brown (1974) zařazuje pod pojem ŽU takové druhy událostí, které s větší pravděpodobností než jiné situace vedou k silnému emocionálnímu nabuzení.

Za výstižnou považujeme definici Hartla a Hartlové (2000), podle kterých je životní událost „*skutečnost, která se může vyskytnout v životě člověka nezávisle na jeho vůli a závažně a dlouhodobě ovlivnit jeho navyklé činnosti či celý styl života; jde o události, které se týkají rodiny, sociálního okolí, interpersonálních vztahů, živelných či jiných katastrof; klade nároky na adaptační mechanismy a míru odolnosti a tolerance, která se může lišit od jedince k jedinci*“ (pp. 653). K uvedené definici máme výhrady, pouze pokud jde o oblasti možného výskytu ŽU, jejichž výčet bychom poněkud rozšířili – například o pracovní život jedince, finanční otázky či zdravotní stav. Z definice bychom naopak vynechali živelné a jiné katastrofy, které tvoří specifickou skupinu životních zkušeností, a obvykle se v inventářích ŽU nevyskytují. Dále si myslíme, že se ŽU mohou vyskytnout nezávisle na vůli jedince stejně jako s jeho plným přičiněním.

## **1.2. Vymezení životních událostí vůči jiným zdrojům zátěže**

Pro další upřesnění pojmu můžeme vymezit životní události vůči jinému druhu potenciální zátěže, a sice drobným každodenním starostem (tzv. *daily hassles*). Kanner, Coyne, Schaefer a Lazarus (1981) definují *daily hassles* jako „*rozčilující, frustrující a stresující nároky prostředí, které do jisté míry charakterizují každodenní transakci jedince s okolím*“ (pp. 3). Na rozdíl od životních událostí se jedná o drobné problémy či mrzutosti, které obvykle neznamenaají zásadní změnu v dosavadním životě, ale které působí rušivě, pokud dojde k jejich větší kumulaci v krátkém časovém období nebo pokud působí opakovaně či příliš dlouho (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981).

Životní události musíme dále odlišit od závažnějších zátěžových situací, jako jsou například války, živelné katastrofy, nehody a jiné tragické události, jejichž dopady na lidské zdraví bývají zcela specifické a obvykle odlišné od účinku ŽU či *daily hassless*.

Oběma uvedeným skupinám životních zkušeností se věnují samostatné linie výzkumu a v naší práci jim bude věnována pozornost spíše okrajově. Zcela zřetelné oddělení těchto

kategorií přitom z povahy věci není možné a v rámci výzkumů se často setkáváme s překrýváním a prolínáním uvedených oblastí.

Pro úplnost uvádíme na závěr kapitoly ještě vymezení životních událostí podle časového hlediska. Výzkum vlivu životních událostí na zdraví si totiž primárně všímá takových změn v životě jedince, které se vyskytly těsně před vypuknutím nemoci, obvykle v horizontu jednoho až dvou let. Tímto kritériem tedy dále vymezujeme předmět našeho zájmu vůči událostem a situacím, které působily v dávné minulosti jedince, a které ho mohly určitým způsobem otužit či zchoulostivět vůči účinku ŽU (Škoda, 1985).

### **1.3. Příklady a kategorie životních událostí**

Jako příklad životních událostí můžeme uvést svatbu, úmrtí blízkého člověka, rozvod či rozchod, změnu bydliště, změnu zaměstnání, ukončení školní docházky, silné rozepře s rodinnými příslušníky, finanční problémy, vážné onemocnění jedince či jeho blízkých, změnu dosavadních životních návyků a podobně. Za extrémně zátěžovou životní událost bývá všeobecně považována smrt blízkého člověka či jeho odloučení (Minter & Kimball, 1978).

Závažné události se mohou objevit ve všech sférách života jedince. Holmes a Masuda (1974) uvádějí následující oblasti možného výskytu životních událostí: rodinné a partnerské konstelace, zaměstnání, ekonomická situace, bydlení, skupinové a vrstevnické vztahy, vzdělání, náboženství, rekreace a zdraví.

Při vytváření inventářů životních událostí se autoři často pokoušeli klasifikovat ŽU do různých kategorií. Některá z těchto dělení uvádíme pro lepší přiblížení okruhu zkušeností spadajících pod pojem životní události.

Antonovsky (1974) rozdělil ŽU do následujících šesti kategorií: události ohrožující život jedince, ekonomické krize, odloučení či smrt blízkého člověka, interpersonální vztahy, události týkající se klíčových rolí jedince a změna bydliště.

Miller, Bentz, Aponte a Brogan (1974) s pomocí faktorové analýzy vydělili čtyři kategorie ŽU: změny životního prostoru, které se primárně týkají rodiny a práce, změny životního stylu, rozvázání vztahů (např. rozvody a rozchody) a ukončení vztahů (úmrtí blízkých osob).

Dohrenwend (1974) považuje za klíčové rozlišovat při zkoumání etiologie nemocí následující tři okruhy životních událostí: soubor událostí, které mohou být zaměněny s psychiatrickými symptomy jedince, dále okruh ŽU zahrnující fyzické onemocnění či úraz, a nakonec události, jejichž výskyt je nezávislý jak na fyzickém, tak na psychickém stavu jedince.

Chalmers (1982) uvádí celkem čtyři hlavní oblasti výskytu ŽU: rodinný a společenský



kontext, pracovní kontext a sítě blízkých přátelských vztahů.

Můžeme vidět, že vymezení životních událostí i jejich klasifikace se u různých autorů liší. Doufáme nicméně, že se nám v této kapitole podařilo přiblížit, jaké typy životních zkušeností pod tento pojem mohou spadat. V další části práce se budeme po stručném pohledu do historie zkoumání ŽU věnovat vztahu mezi popsányými druhy událostí a vznikem nemocí se zaměřením na vnější i vnitřní faktory, které tento proces ovlivňují.

## **2. Pohled do historie zkoumání životních událostí**

Souvislostí mezi těžkými životními situacemi a změnami zdraví se lidé zabývali v podstatě od nepaměti. Mnozí badatelé si začali klást otázku, jakým způsobem se člověk se zátěží vyrovnává a co se přitom odehrává v jeho těle i psychice. V průběhu 20. století dochází ke značnému zvýšení zájmu o tento jev, pro který se později vžilo označení stres, a k jeho soustavnému vědeckému zkoumání (Křivohlavý, 2001).

Výzkum v oblasti stresu je velmi rozmanitý co do použitých metod i teoretických východisek. Prolíná se zde celá řada vědních disciplín, od fyziologie, psychiatrie, psychologie přes neurologii až například po antropologii. Sledování životních událostí můžeme považovat za jednu z hlavních linií v oblasti výzkumu stresu, která s přibývajícimi poznatky postupně vykrystalizovala jako svébytná disciplína. V předložené kapitole se pokusíme naznačit historický vývoj vědeckého bádání v této oblasti od raných fází výzkumů stresu až po studie zaměřené specificky na životní události a jejich zdravotní důsledky. Vzhledem ke značné šíři tématu se přitom omezíme na zásadní poznatky, ke kterým odborníci dospěli od počátku 20. století do současnosti, a to především v euro-americké kulturně geografické oblasti. Z důvodu lepší orientace v textu rozdělíme kapitolu na několik částí podle časových období. Toto rozdělení je však do značné míry umělé, neboť ve výzkumu životních událostí na sebe jednotlivé etapy navazují a je obtížné ve vývoji oboru stanovit konkrétní milníky či zlomové okamžiky.

### **2.1. Počátky výzkumu stresu**

Jak již bylo naznačeno v úvodu kapitoly, výzkum životních událostí můžeme zařadit do obecnějšího rámce zkoumání stresu a jeho dopadů na lidské zdraví. Z tohoto důvodu považujeme za přínosné věnovat prostor stručnému pohledu do historie zkoumání stresu. Pokusíme se nastínit měnící se teoretická a metodologická východiska, která se do značné míry odrážejí i ve výzkumu životních událostí, a která jsou vždy z velké části produktem převládajícího vědeckého paradigmatu své doby.

Samotný pojem stres pochází původně z fyziky. Již v 17. století označuje Robert Hooke tímto termínem zátěž působící na technické konstrukce, jakými jsou například mosty. Představa stresu jako vnější zátěže či požadavku působícího na biologický, psychologický nebo sociální systém ve své podstatě přetrvávala až do dnešních dnů (Lazarus, 1993).

Teprve ve dvacátém století se ale začínají ve větší míře objevovat vědecké práce zabývající se podrobně touto problematikou.

Ruský fyziolog I. P. Pavlov se pokusil navodit experimentální neurózu u zvířat. Psům ve

své laboratoři prezentoval zrakové podněty ve tvaru čtverce a obdélníku, přičemž po expozici obdélníku následoval trest, po expozici čtverce odměna. Pavlov postupně měnil poměr stran obdélníku tak, že se čím dál více podobal čtverci. V určité fázi psi nebyli schopni oba podněty odlišit a docházelo u nich k celé řadě fyziologických i behaviorálních reakcí. Pavlov v této souvislosti hovoří o stržení vyšší nervové činnosti (Křivohlavý, 2001).

Značnou část svého profesního života zasvětil experimentálnímu zkoumání zátěžových situací a jejich vlivu na zdraví americký fyziolog W. B. Cannon. Cannon již na počátku dvacátého století zkoumal vztah mezi extrémními prožitky hladu, bolesti, strachu a vzteku a fyziologickými pochody probíhajícími v organismu zvířat. Zjistil přitom, že v situaci ohrožení dochází souběžně k reakcím v oblasti emocionální, behaviorální i fyziologické. Hrozící nebezpečí vyvolá u ohroženého jedince emoce silného vzteku či strachu. Ty jsou doprovázeny souborem adreno-sympatických reakcí, jejichž cílem je připravit organismus na jednu ze dvou možných reakcí na toto nebezpečí – útěk či útok (*fight or flight*). Tyto reakce považuje Cannon za základní mechanismy, které se uplatňují v situaci ohrožení (Cannon, 1927).

Ve své další práci, jejíž první vydání pochází z roku 1932, Cannon rozpracovává koncept homeostázy, původně naznačený Claudem Bernardem. Cannon uvádí, že pokud je organismus vystaven silné zátěži, dochází v těle k řadě adaptivních reakcí, které mu pomáhají zachovat rovnováhu i za nepříznivých podmínek. Schopnost odolávat změně a udržovat rovnovážný stav považuje autor za základní charakteristiku živých organismů. Cannon se zabývá složitými mechanismy, kterými je udržováno složení krve, tělesná teplota a acidobazická rovnováha organismu (Cannon, 1967).

Prokázáním spojitosti mezi zátěží, silnými emočními prožitky a fyziologickými reakcemi organismu tak Cannon poukázal na potenciálně škodlivý vliv nepříznivých životních situací na zdraví a položil cenné základy pro další vědecké zkoumání v této oblasti (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974b).

Jednou z nejvýraznějších osobností na poli výzkumu stresu byl rakouský endokrinolog H. Selye. Selye (1966) si ve svých raných výzkumech účinků hormonů u myší ve 20. a 30. letech dvacátého století všimá, že při působení škodlivin se organismus brání určitým stereotypním souborem reakcí, který později nazval Obecný adaptační syndrom (*General Adaptation Syndrome* - GAS). Selye jako první začíná používat pojmu stres, který byl do té doby v angličtině vyhrazen pro označení nervového napětí, k popisu nespecifických účinků různých činitelů na organismus. Faktory vyvolávající stres nazývá Selye stresory (1966).

Stres Selye (1966) definuje jako „*stav, projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického*

*systému*“ (pp. 82). Stresová reakce je specifická v tom smyslu, že zasahuje výběrově jen určité orgány, nespecifickou ji můžeme nazývat proto, že jde o reakci vyvolanou nejrůznějšími podněty. Stres se tedy projevuje jako specifický syndrom vyvolaný nespecificky (Selye, 1966).

Stres je v podstatě souhrn nejrůznějších adaptačních procesů, které probíhají v organismu, přičemž vyvolávajícím činitelem nemusí být pouze poškození, ale i běžná aktivita. Podle Selyeho můžeme stres poznat pouze skrze jeho vnější projevy (GAS) a podle intenzity těchto projevů ho můžeme i měřit (Selye, 1966).

Obecný adaptační syndrom má tři fáze. První z nich tvoří poplachová reakce, následuje stadium resistance a poté stadium vyčerpání organismu. Za základní mechanismus odpovědný za fyziologicko-endokrinologické změny doprovázející jednotlivé fáze GAS považuje Selye hypotalamo-hypofyzární osu a kůru nadledvinek. Naprostá většina stresorů ovšem vyvolává jen změny prvního, případně druhého stupně. Jak již bylo naznačeno výše, stres může být vyvolán prakticky jakýmkoli podnětem, bez ohledu na jeho povahu či intenzitu. Každý člověk tak v životě projde nesčetněkrát prvními dvěma stadii obecného adaptačního syndromu, díky čemuž je schopen účinné adaptace (Selye, 1966).

Při nedostacích v obecném adaptačním syndromu může docházet ke vzniku četných somatických poruch, které Selye označuje jako adaptační choroby. Příčinou těchto chorob nejsou ani tolik vnější činitelé jako například otravy či infekce, ale spíše neschopnost organismu bránit se škodlivinám. Roli patogenních činitelů samozřejmě nelze zcela vyloučit, žádná choroba nemůže být pouze nemocí z adaptace. Mezi nejčastější adaptační choroby patří nemoci srdce a cév, zánětlivé (zejména revmatické) a infekční nemoci, alergie, pohlavní poruchy, onemocnění trávicího traktu, nádorová onemocnění či obecné poruchy imunity (Selye, 1966).

Selyeho přesvědčení o nespecifitě stresových reakcí nás ovšem nesmí vést k mylnému názoru, že stres působí na všechny jedince stejně. Selye si byl vědom individuálních rozdílů ve stresové odpovědi a přičítá je na vrub mechanismu podmiňování. Faktory ovlivňující tuto reakci rozděluje na vnitřní (dědičné faktory, rané zkušenosti jedince) a vnější (faktory okolního prostředí). Působení stresu tak můžeme pochopit pouze ve vztahu k individuálním charakteristikám každého člověka (Selye, 1966).

Ve své pozdější práci začíná Selye rozlišovat eustres a distres. Eustres spojoval s pozitivními pocity a příjemnými tělesnými stavy, zatímco termín distres vyčlenil spíše pro negativní okruh prožitků a reakcí na působící podněty (Selye, 1974).

Stres je dle Selyeho nedílnou součástí našeho života a v malých dávkách je v podstatě

nevyhnutelný. Vynucená nečinnost by naopak mohla být více stresující než běžná aktivita. Díky možnosti zkoumat a měřit stres skrze jeho vnější projevy se podle Selyeho naskýtá jedinečná příležitost s tímto jevem účinně pracovat a zohledňovat jeho účinky nejen v medicíně, ale především v běžném životě každého z nás. V závěru své knihy *Život a stres* autor nabízí několik technik zvládnání stresu a rady pro správnou životosprávu (Selye, 1966).

Selyeho koncepce stresu jakožto souboru nespecifických reakcí na působící podněty s ústřední rolí adaptace značně ovlivnila teoretická východiska mnohých autorů zabývajících se výzkumem životních událostí.

V určité opozici k přístupům Cannona i Selyeho stojí dílo amerického psychologa R. S. Lazaruse, který se v 50. a zejména 60. letech dvacátého století snažil v prostředí dominujícího behaviorismu upozornit na klíčovou roli individua v interakci s prostředím. Mezi stresor a výslednou odpověď staví individuální rozdíly v motivaci a kognitivních proměnných, které tuto reakci výrazně modifikují. Lazarus také zaměřuje svoji pozornost na psychologický stres spíše než fyziologický. Oba tyto druhy stresu, které byly v předchozích teoriích založených na principu homeostázy a aktivace zahrnovány do jednoho celku, ovšem podle Lazaruse i přes značné podobnosti vyžadují rozdílnou úroveň analýzy (Lazarus, 1993).

Lazarus (1993) v rámci svého pojetí stresu rozlišuje čtyři koncepty: stresor působící na organismus, dále zhodnocení potenciální škodlivosti působícího podnětu, procesy zvládnání a stresovou reakci. Lazarus odmítá redukovat stres na pouhou aktivaci či vychýlení z rovnovážného stavu. Do centra zájmu klade kognitivní zhodnocení stresové situace a její význam pro zúčastněného jedince. S rozvojem kognitivního hnutí v Severní Americe na počátku 70. let dvacátého století se tomuto konceptu dostává zaslouženého zájmu. Lazarus považuje kognitivní posouzení za klíčový mediátor stresových reakcí. Každý živý organismus neustále vyhodnocuje význam okolního dění pro svoji existenci a pro zachování stavu duševní pohody. Psychologický stres je reakcí na osobní poškození či hrozby, které vyplývají ze vztahu mezi jedincem a vnějším prostředím. Stupeň stresové reakce pak závisí na vyhodnocení potenciální škodlivosti těchto vnějších událostí pro individuum (Lazarus, 1993).

Přínos Lazarusova pojetí spočívá zejména ve zdůraznění individuálních rozdílů v reakcích na zátěžové situace, které vyplývají z jejich rozdílného kognitivního hodnocení. Lazarus také obrací pozornost k psychologickým aspektům stresových reakcí, upozorňuje na roli emocí a zabývá se procesem zvládnání stresu. Jeho dílo stojí do jisté míry v opozici vůči Selyeho teorii o nespecifičnosti stresových reakcí. Uvedenou polaritu můžeme v různé míře a v rozdílných podobách pozorovat v teoretických východiscích odborníků zkoumajících životní události (Vossel, 1987).

S přibývajícím poznatkem k fenoménu stresu začínají odborníci zároveň věnovat čím dál větší pozornost potenciálně škodlivému vlivu stresu na zdraví. Důkazem rostoucí popularity tohoto tématu v průběhu první poloviny dvacátého století může být konference na téma „Životní stres a tělesná onemocnění“ konaná roku 1949. Na této konferenci dochází k představení tehdejších poznatků z celkem deseti různých oblastí výzkumu nežádoucích zdravotních důsledků stresu, kterými jsou poruchy růstu a vývoje, poruchy zraku, poruchy dýchacích cest, bolesti hlavy, onemocnění žaludku a tlustého střeva, svalové poruchy, kardiovaskulární poruchy a dermatovenerologická onemocnění (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974b).

Jedním z přispěvatelů zmíněné konference byl americký lékař H. G. Wolff, který je další významnou osobností na poli výzkumu stresu. Podle Wolfa je organismus pod permanentním tlakem nároků prostředí a je nucen neustále vyvíjet různé adaptivní strategie pro jejich zvládnutí. Wolf se zabýval úlohou nervového systému v procesu adaptace organismu a také biologickými mechanismy vzniku nemocí. Uvědomoval si souvislost mezi vnějšími událostmi a poruchami zdraví a zdůrazňoval, že nejenom dlouhotrvající, ale i krátkodobý stres může způsobit nežádoucí změny některých orgánových funkcí (Wolf, 1950).

## **2.2. Studium stresu v extrémních podmínkách**

Počáteční výzkumy stresu se odehrávaly většinou v laboratorních podmínkách a zabývaly zejména fyziologickými reakcemi organismu na (často experimentálně navozenou) zátěž.

Další možností studia stresu jsou reálné situace, ve kterých je člověk vystaven silné zátěži.

První polovina dvacátého století přináší v podobě dvou světových válek reálné důkazy o škodlivosti extrémního stresu a také jedinečnou příležitost pro podrobné zkoumání účinků zátěže (Škoda, 1985).

Při katastrofách typu válek se společnost snaží mobilizovat veškeré dostupné prostředky ke zmírnění negativních důsledků prodělaného konfliktu a k obnově původního stavu. Výzkum tedy z pochopitelných důvodů ustupuje z centra zájmu do pozadí (Škoda, 1985).

Přesto jsou válečné konflikty zdrojem překvapivě konzistentních poznatků o dopadech extrémní zátěže na člověka. U milionů lidí z řad vojáků i civilistů se objevují podobné syndromy jakožto důsledek silné zátěže, a to bez ohledu na individuální predispozice jedince. Mezi nejčastější poruchy patří přetrvávající úzkost, chronická deprese, apatie, bezmocnost, podrážděnost, hostilita, poruchy kognitivních funkcí a četné psychosomatické symptomy, jako je únava, poruchy spánku, gastrointestinální potíže či celková slabost organismu (Arthur, 1979).

Výzkum stresu vycházející z válečných poznatků se ve dvacátém století rozvíjí zejména po druhé světové válce, přestože již první světová válka upozornila na negativní důsledky extrémní zátěže na psychické i fyzické zdraví zasažených osob (Arthur, 1979).

Jedním z nejvýznačnějších příspěvků ke studiu stresu, který čerpal ze zkušeností z druhé světové války, je dílo Grinkera a Spiegala *Men Under Stress* (1945), ve kterém autoři shrnují možné důsledky mezní zátěže a navrhuji i speciální druh terapie.

Kolb (cit. dle Škoda, 1985) uvádí, že i přes přechodný ráz některých poruch vzniklých v důsledku válečného traumatu přináší studium extrémní zátěže ve válečných podmínkách důkazy o vzniku četných psychopatologií i somatických poruch, které se objevují v návaznosti na prožitý stres a mají tendenci přetrvávat.

Výsledky vybraných výzkumů zaměřených na následky válečných konfliktů, ke kterým došlo od konce druhé světové války, shrnuje například Arthur (1979).

Poznatky z obou světových válek odstartovaly zájem o zkoumání extrémní zátěže a studium podobných katastrof (kromě válečných konfliktů jsou to například živelné katastrofy, teroristické útoky či hromadné dopravní nehody) nadále tvoří samostatnou linii v oblasti výzkumu stresu.

### **2.3. Průkopnické studie ŽU a další vývoj oboru v 60. a 70. letech 20. století**

Životní události představují vedle extrémní situace válek další přirozený, i když poněkud odlišný, zdroj poznatků o vlivu zátěže na organismus. Počátky jejich vědeckého zkoumání jsou spojovány zejména s dílem amerického psychiatra A. Meyera. Meyer zastával ryze individuální přístup k pacientům a v rámci lékařského vyšetření se jich začal ptát i na prožité životní situace, které následně graficky zaznamenával do tzv. životního diagramu (*life chart*). Mezi hlavní události, kterým Meyer věnoval pozornost, patřila například změna bydliště, započetí či ukončení studia, vstup do nového zaměstnání, důležitá narození či úmrtí v rodině a další významné životní změny. Prožité události Meyer zachycoval v pravé části grafu, zatímco v levé části zaznamenával údaje o prodělaných nemocech a poruchách funkcí, ke kterým u pacienta docházelo v průběhu života. Všiml si přitom, že nejenom katastrofické situace, ale i běžné životní události mohou u pacienta vést k četným zdravotním obtížím (Meyer & Lief, 1948).

Meyer představil užitečný diagnostický nástroj umožňující zachycovat kromě somatického stavu i životní zkušenosti pacienta, a inspiroval tak následující generace odborníků k výzkumu vztahu mezi prožitými životními událostmi a změnami zdraví.

Na začátku padesátých let dvacátého století se začíná výzkumem vlivu změn sociálního, kulturního či interpersonálního charakteru na lidské zdraví zabývat L. E. Hinkle (1974). Na základě retrospektivních i prospektivních studií prováděných například na rozsáhlých vzorcích zaměstnanců Bellovy telefonní společnosti, čínských uprchlíků, amerických válečných zajatců ze severokorejské války či maďarských uprchlíků Hinkle shrnuje, že vnější události mohou vést k nežádoucím změnám zdravotního stavu, pokud se u jedince vyskytuje zvýšená vrozená náchylnost k nemoci nebo pokud vnější události vedou ke změně dosavadních návyků a aktivit či k vystavení působení patogenních elementů prostředí. V opačném případě nemusí vnější události vést k poruchám zdraví. Hinkle zároveň upozorňuje na nutnost zohledňovat nejen sílu a charakter prožité události, ale i psychofyziologické charakteristiky zasaženého jedince, stejně jako doprovodné okolnosti a další faktory.

Pro označování vnějších změn či situací, kterým je člověk ve svém životě vystavován, a které jsou považovány za potenciálně škodlivý faktor pro lidské zdraví, dnes autoři používají různých termínů, nejčastěji se ovšem hovoří o náročných událostech (*stressful life events*), životních událostech (*life events*), životních změnách (*life changes*), či životních krizích (*life crisis*). Samotný termín „životní události“ se zřejmě poprvé objevuje v práci amerických autorů Holmese, Raheho a jejich spolupracovníků v 60. letech dvacátého století (Škoda, 1985). Jejich dílo se řadí k zásadním pracím v oblasti výzkumu náročných životních situací a významně ovlivnilo jeho další vývoj.

Holmes ve spolupráci s Masudou se již na konci 40. let dvacátého století nechal inspirovat Meyerovou metodou záznamu prožitých zkušeností do tzv. životního diagramu a současně Wolffovými poznatky o potenciálně škodlivém působení náročných životních událostí na zdraví skrze aktivaci psychofyziologických reakcí organismu. Holmes a Masuda sledovali u více než 5000 pacientů životní události z různých oblastí společenského života, interpersonálních vztahů i čistě individuální sféry, jejichž výskyt časově předcházela vypuknutí nemoci. Následovaly podrobné rozhovory s pacienty zaměřené na jejich vnímání prožitých situací, na jejichž základě autoři dospěli k závěru, že společnou charakteristikou všech těchto událostí byla určitá změna v životě jedince a potřeba přizpůsobit se dané situaci a vyvinout jisté úsilí pro její zvládnutí. Toto zjištění bylo ve shodě s pojetím Selyeho, který považoval životní změny za základní stresor ohrožující potenciálně lidské zdraví. Podle Holmese a jeho kolegů je tedy klíčovým faktorem určujícím míru zátěže, jež určitá událost pro jedince představuje, velikost vyvolané změny, potažmo míra potřebné adaptace. Psychologický význam či sociální žádoucnost události, které se vyznačují velkou interindividuální variabilitou a navíc jsou obtížně měřitelné, autoři nepovažují za zásadní proměnné ve vztahu



ke vzniku nemoci (Holmes & Masuda, 1974).

Holmes a Masuda v následujících letech sestavili soubor několika desítek událostí, jejichž výskyt byl opakovaně pozorován v období bezprostředně předcházejícím vypuknutí nemoci. Tento inventář ale umožňoval zachytit pouze počet a druh událostí a autoři cítili potřebu změřit závažnost či náročnost těchto událostí. Holmes spolu se svým dalším spolupracovníkem R. Rahem předložil tento empiricky odvozený seznam událostí čtyřem stům respondentů s žádostí o posouzení náročnosti jednotlivých situací z hlediska míry přizpůsobení, kterou událost vyžaduje. Pro ohodnocení položek byla použita metoda párového porovnávání, původně vyvinutá v psychofyzice. Jako srovnávací hodnotu stanovili autoři svatbu, které přiřadili arbitrární hodnotu 500 bodů. Respondenti byli následně dotazováni, zda podle nich jednotlivé události vyžadují větší či menší míru sociálního přizpůsobení než svatba. Výsledky hodnocení dosahovaly značné interindividuální i interkulturní shody. Holmes & Rahe poté seřadili události podle dosažených skóre a vytvořili tak Škálu sociální readjustace (*The Social Readjustment Rating Scale - SRRS*), kterou publikovali v roce 1967. Za základní jednotku pro měření závažnosti prožitých událostí stanovili tzv. jednotku životní změny (*life change unit – LCU*). Kumulaci životních událostí v období jednoho roku, jejichž součet přesahuje hranici 150 LCU, považují autoři na základě retrospektivních studií za významný rizikový faktor pro vznik nemoci (Holmes & Masuda, 1974).

Ještě před vznikem Škály sociální readjustace použili autoři položky z tohoto inventáře k sestrojení metody s názvem Inventář nedávných zkušeností (*Schedule of Recent Experience - SRE*). Tento sebesposuzovací dotazník sloužil pro zachycení výskytu různých životních událostí, ovšem nezohledňoval intenzitu jednotlivých položek. Přesto se tato metoda dočkala značného rozšíření (Holmes & Masuda, 1974).

Práce Holmese a Raheho a zejména jejich Škála sociální readjustace umožňující kvantifikovat míru prožité zátěže představuje dnes již klasické dílo v oblasti výzkumu životních událostí. Vysloužila si ovšem i značnou kritiku. Nejčastěji je dotazníku vytýkána vágnost jednotlivých položek, která může vést ke značné interindividuální variabilitě v jejich pochopení (Brown, 1974). Dále jsou v seznamu událostí obsaženy i kategorie popisující změnu v běžných aktivitách respondenta, která může být důsledkem jiných událostí zachycených dotazníkem (Dohrenwend, 1974). Některé události mohou být již příznakem nemoci spíše než jejich příčinou, což může vést k přeceňování rizika onemocnění v důsledku prožití závažných změn (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974c). Brown (1974) navíc autorům vytýká nedostatečné zohlednění individuálních rozdílů ve vnímání a hodnocení jednotlivých položek při konstrukci dotazníku. I přes uvedené poznámky a jiné výhrady se práce Holmese

a Raheho stala nepochybně cennou inspirací pro další badatele a silně stimulovala budoucí vývoj v oblasti zkoumání životních událostí.

Šedesátá a sedmdesátá léta dvacátého století jsou proto obdobím, kdy rapidně narůstá počet výzkumů podporujících a rozvíjejících hypotézu o potenciálně škodlivém vlivu prožitých změn na zdraví. Můžeme říci, že životní události se v této době již plně etablovaly na poli psychologického i medicínského výzkumu jakožto rizikový faktor stojící potenciálně u zrodu celé řady onemocnění.

Kromě všeobecné souvislosti mezi prožitými událostmi a nemocí (Cline & Chosy, 1972; Holmes & Rahe, 1974) se výzkumníci zabývají specifickými poruchami fyzického zdraví. Velká pozornost se soustředila například na vztah životních událostí a onemocnění srdce a cév (např. Rahe & Lind, 1971; Rahe & Paasikivi, 1971; Rahe & Romo, 1979; Theorell, 1974; Theorell & Rahe, 1971 a další).

Rahe, Mahan, Arthur a Gunderson (1970) dále rozšířili oblast výzkumu ve směru predikce zdravotního stavu. U několika set členů posádky tří amerických křižníků nejprve zaznamenal životní události prožité v uplynulých šesti měsících. Během následné půlroční plavby sledoval zdravotní stav námořníků a zjistil častější výskyt nemocí u jedinců, kteří na začátku uváděli větší počet prožitých událostí.

V psychiatrické oblasti se nejčastěji poukazuje na souvislost mezi prožitými událostmi a vznikem deprese (Brown, 1979; Hudgens, 1974; Markush & Favero, 1974; Paykel, 1979 a další). Paykel (1974) dále zjistil, že závažné životní události v signifikantně vyšší míře předcházejí také dalším psychiatrickým onemocněním, jako je například schizofrenie, sebevražedné chování či různé druhy neuróz. Spojitost mezi výskytem životních událostí a nástupem příznaků schizofrenie potvrzuje rovněž Brown (1979).

Vztahem mezi prožitými událostmi a úrovní distresu obecně se zabývali Vinokur a Selzer (1973).

V období po uveřejnění Škály sociální readjustace Holmese a Raheho se otevírá živá diskuze nad otázkou, které charakteristiky životních událostí určují míru jejich „stresovosti“ a potažmo jejich potenciální škodlivosti pro organismus. Zatímco uvedení autoři zastávají názor, že rizikovým faktorem je změna jako taková, objevují se i četné koncepce, podle kterých hraje klíčovou roli žádoucnost či nežádoucnost událostí. Mezi stoupence názoru, že negativní změny zdravotního stavu jsou důsledkem primárně nežádoucích událostí, které vyvolávají větší míru distresu, patří například Gersten, Langner, Eisenberg a Orzek (1974), Mueller, Edwards a Yarvis (1977), Ross a Mirowsky (1979), Vinokur a Selzer (1975) a další. Podle Myerse, Lindhental a Peppera (1974) ovlivňují schopnost udržet si duševní zdraví obě

diskutované charakteristiky prožitých událostí, a sice jak jejich žádoucnost či nežádoucnost, tak i velikost vyvolané změny a nutné adaptace.

Otázka, které charakteristiky životních událostí stojí za jejich potenciální škodlivostí pro organismus, jinými slovy zda je hlavním zdrojem stresu spíše nežádoucnost prožité události či velikost vyvolané změny, se zdá být dominantním teoreticko-metodologickým sporem 70. let, který ovšem pokračoval i v dalších dekádách a v podstatě dodnes nebyl uspokojivě vyřešen.

V této době se zároveň objevuje řada nových nástrojů pro měření životních událostí. Za všechny můžeme jmenovat například škálu s názvem Výzkum životní zkušenosti (*Life Experience Survey* – LES) autorů Sarasona, Johnsona a Siegelové (1978) či metodu nazvanou Výzkumný rozhovor psychiatrické epidemiologie (*Psychiatric Epidemiology Research Interview* – PERI; Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy, & Dohrenwend, 1978).

Šedesátá a sedmdesátá léta dvacátého století můžeme považovat za značně produktivní období, pokud jde o výzkum životních událostí. Důkazem mohou být kromě uvedených prací i mezinárodní vědecké konference, které se konaly z potřeby shrnout a uspořádat přibývajících poznatky. V červnu roku 1973 se z iniciativy Bruce a Barbary Dohrenwendových sešli přední američtí i evropští odborníci ke společné diskuzi. Výsledky konference s názvem „Stresové životní události: Jejich povaha a účinky“ shrnují Dohrenwendovi ve sborníku z roku 1974 (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974a). Na Evropské půdě se problematice stresu a onemocnění věnovalo sympozium konané v červnu roku 1972 v Norsku pod záštitou NATO. Autory sborníku příspěvků z této konference jsou Gunderson a Rahe (1979).

## **2.4. Vývoj výzkumu ŽU od 80. let 20. století po současnost**

Jak již bylo zmíněno na začátku naší práce, dělení na podkapitoly podle jednotlivých období je v podstatě arbitrární a slouží pouze pro lepší orientaci v textu. Výzkum na poli životních událostí probíhal od 60. let kontinuálně bez větších zlomů či mezníků. Stručně můžeme říci, že poznatků o vlivu životních událostí na fyzické i psychické zdraví s každou další dekádou značně přibývá a spolu s tímto nárůstem se výzkum specializuje a diverzifikuje.

Vztah mezi životními událostmi a negativními změnami zdraví byl sice opakovaně prokázán v četných výzkumech a studiích, nicméně síla tohoto vztahu byla většinou spíše mírná. Někteří autoři se tak začali zabývat otázkou, které faktory na straně jedince či prostředí mohou dopad životních událostí na zdraví modifikovat (Dohrenwend, Dohrenwend, Dodson, & Shrout, 1984). Zaváděním dalších intervenujících proměnných do celého procesu se pak snažili vysvětlit větší část variability zdravotních důsledků stresu, než bylo možné pouze při sledování vstupů ze strany prostředí (životní události) a výstupů na straně jedince (nemoc).

Mezi faktory, u nichž se uvažovalo o schopnosti zmírnit negativní dopady stresu na

zdraví, patří zejména sociální opora (Cohen & Hoberman, 1983; Cohen & McKay, 1984; Kobasa & Puccetti, 1983; Lin, Simeone, Ennsel, & Kuo, 1979; Thoits, 1982 a další) či schopnosti zvládání zátěže – tzv. *coping skills* (Hovanitz, 1986; Lazarus, 1993; Lazarus, 2000). Za potenciální „náravník“ tlumící negativní dopady stresu někteří autoři považují i pozitivní události, které mohou u jedince vyvolat kladné pocity a tím podpořit jeho kapacitu zvládnout působící zátěž (Cohen & Hoberman, 1983; Dixon & Reid, 2000; Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981 a další).

Čím dál větší pozornost se ve výzkumu životních událostí věnuje také osobnosti a její roli v procesu zvládání zátěže. Autoři se zabývají otázkou, které osobnostní faktory mohou tlumit negativní důsledek prožitého stresu na zdravotní stav, případně jinak ovlivňovat proces vyrovnávání se s nároky prostředí. Jedná se například o takové osobnostní charakteristiky, jako je odolnost vůči zátěži v pojetí *hardiness* (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi, & Courington, 1981; Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982), lokalizace kontroly – *locus of control*, LOC (Crandall & Lehman, 1977; Denney & Frish, 1981; Kilmann, Laval, & Wanlass, 1978), extraverte (Magnus, Diener, Fujita, & Pavot, 1993), neuroticismus (Denney & Frish, 1981; Magnus, Diener, Fujita, & Pavot, 1993), atribuční styl (Hirsh, Wolford, LaLonde, Brunk, & Parker-Morris, 2009; Kapçi & Cramer, 2000; Spence, Sheffield, & Donovan, 2000) a další.

Jak můžeme vidět, výzkum životních událostí se ke konci dvacátého století a v průběhu posledních deseti let vyznačuje zejména snahou o odhalení faktorů, které vstupují do vztahu životní událost – zdraví/nemoc a mohou ho zásadním způsobem ovlivňovat. Tato snaha s sebou nese zejména potřebu zavádět do výzkumu další a další intervenující proměnné s cílem objasnit jejich roli v celém procesu.

Vedle studií zaměřených prioritně na zkoumání vlivu těchto proměnných ale značně narůstá i počet výzkumů věnovaných samotným zdravotním důsledkům životních událostí. Tato linie výzkumu tak navazuje na práci započatou v předcházejících desetiletích.

Turner a Lloyd (1995) se zabývali vlivem traumatických životních zkušeností na vznik psychiatrických onemocnění. Přehled výzkumů o vztahu mezi životními událostmi a depresí podává Kessler (1997), dále se touto problematikou zabývali například Kendler, Karkowski a Prescott (1999). Souvislosti mezi životními událostmi a afektivními poruchami obecně se věnuje také Brown (1993). Glickman, Tanaka a Chan (1991) zkoumali vztah mezi prožitými událostmi, psychickým napětím a celkovou úrovní distresu.

Určitým trendem posledních let je rozšiřování působnosti konceptu životních událostí i mimo kontext zdravotních důsledků v úzkém slova smyslu. Balk, Lynskey a Agrawal (2009) například sledovali souvislost mezi prožitými událostmi a závislostí na nikotinu. Ogden,

Stavrinaki a Stubbs (2009) se věnují vztahu mezi životními událostmi a změnami tělesné hmotnosti. Munõz, Panadero, Santos a Quiroga (2005) zjišťovali, jakou roli hrají životní události u fenoménu bezdomovectví, ať už jako příčina, či důsledek této tíživé situace.

Na stručném historickém přehledu vývoje bádání v oblasti životních událostí můžeme vidět postupný posun od raných prací Holmese a Raheho až po značné rozšíření oblasti výzkumu i aplikací dosažených zjištění, kterého jsme svědky v současné době. Po prokázání existence vztahu mezi prožitými událostmi a vznikem onemocnění se odborníci začínají blíže zabývat otázkou, které proměnné tento vztah ovlivňují, ať již na straně samotných událostí či na straně jedince a jeho sociálního prostředí. Spektrum onemocnění, u nichž je pozorována souvislost s výskytem životních událostí se postupně stále více rozšiřuje. Působnost tohoto konceptu navíc dále zasahuje i mimo oblast zdravotního stavu. Můžeme vidět, že výzkum životních událostí od doby svých raných stadií přinesl nepřeberné množství cenných poznatků o možném vlivu vnějšího prostředí na zdravotní stav jedince. Přesto však zbývá ještě řada otevřených otázek, jejichž objasnění bude úkolem dalších let.

## **2.5. Výzkum životních událostí v Čechách**

Pro úplnost považujeme za přínosné shrnout v samostatné části, jak probíhal výzkum životních událostí v Čechách, resp. Československu. Následující kapitola bude věnována představení českých a slovenských autorů, kteří se ve své práci z různých úhlů pohledu zabývali psychosociální podmíněností nemocí a souvisejícími tématy.

V našich podmínkách se tématu životních událostí a jejich potenciálně škodlivému vlivu na lidské zdraví začíná věnovat pozornost s určitým zpožděním oproti státům západní Evropy a Severní Ameriky.

V roce 1970 vychází monografie Josefa Charváta *Život a stres*, ve které se autor z pohledu lékaře i filosofa zabývá mj. úlohou adaptace v lidském životě, specifiky duševního stresu a mechanismy psychosomatických onemocnění. Charvát chápe stres jako takovou odchylku hodnot nejrůznějších proměnných v organismu, která ohrožuje integritu celého systému a která aktivuje řadu poplachových reakcí a adaptačních mechanismů. Pokud stres není příliš intenzivní, vede k adaptaci organismu a přispívá ke zlepšení výkonu. Příliš silný stres ale může vést díky nadměrné spotřebě energie k rozvrácení systému (Charvát, 1970).

V lidské psýché hraje podstatnou roli příjem, uchovávání a výdej informací. Tyto informace jsou zpracovávány nejen kvantitativně, ale také kvalitativně. Klíčovým faktorem duševního stresu je hodnocení a interpretace signálů, které působí na naši nervovou soustavu. Pokud dochází k selhávání informací, narůstá v člověku nejistota, která podněcuje úzkost a potažmo stres. Stresové mechanismy byly původně vypracovány pouze pro fyziologické

ohrožení, nicméně u člověka se vyskytují i v oblasti společenské. Poplachové reakce se spouštějí i při symbolickém či pouze předpokládaném ohrožení nebo při porušení společenských pravidel. V těchto situacích ale obvykle nedochází k přímé fyzické aktivitě jedince s využitím značného množství energie. Duševní stres tak může organismus poškodit aktivizací dnes již nevyužívaných energetických zdrojů a adaptačních mechanismů. Obranné mechanismy jsou nastaveny pro přežití ve světě naprosto odlišném od toho dnešního. Charvát se dále podrobně zabývá stresovou podmíněností takových organických poruch, jako jsou například kardiovaskulární onemocnění či poruchy gastrointestinálního systému (Charvát, 1970).

Tématu stresu a vlivu zátěže na výkon člověka věnoval značnou pozornost Mikšík (1969).

V září roku 1978 se na půdě psychiatrické léčebny v Kroměříži konalo 6. sympozium o aktuálních otázkách sociální psychiatrie, které bylo věnováno tématu „Životní událost a porucha duševního (tělesného) zdraví“ (Škoda, 1985). Příspěvky sympozia jsou shrnuty ve sborníku Baudiše et al. z roku 1979 (Škoda, 1985). O rok dříve vychází ve Výzkumném ústavu psychiatrickém sborník s názvem Životní událost a duševní porucha (Škoda, 1985).

Problematikou etiologie duševních poruch se zaměřením na prožité svízelné situace se zabývali Břicháček a Vojtík (1985). Autoři použili vlastní metodu IŽUA (Inventář životních událostí adolescenta) u psychiatricky hospitalizovaných adolescentů a zjistili zvýšený výskyt náročných životních událostí v porovnání s ostatními pacienty. Větší míru frustrace v sociálních vztazích i komplikovanější rodinné prostředí považují autoři za součást patogeneze psychiatrické poruchy.

Břicháček se dále věnoval otázce psychické odolnosti u psychosomatických pacientů (Škoda, 1985).

Nešpor se zabývá osobnostními charakteristikami, které zvyšují odolnost jedince vůči stresovým životním událostem, a dalšími protektivními faktory, které mohou působit preventivně proti nežádoucím důsledkům těchto situací (Nešpor, 1985).

V roce 1985 vydává čelný představitel sociální psychiatrie u nás docent Ctirad Škoda jedinečnou monografii Životní událost a nemoc, ve které shrnuje tehdejší světové i domácí poznatky k tématu životních událostí. Kromě vztahu zátěžových situací ke specifickým druhům somatických i psychických onemocnění se autor důkladně zabývá metodologickými aspekty výzkumu ŽU.

Tématu životních událostí a jejich následků je věnována kapitola v publikaci Psychosomatická medicína autorů Bašteckého, Šavlíka a Šimka (1993).

Nověji se úlohou stresu v etiologii nemocí zabývá Schreiberova publikace Lidský stres (2000). Schreiber se podrobně věnuje fyziologickým a endokrinním stresovým reakcím a jejich potenciálně škodlivým účinkům na úrovni orgánových soustav i imunitního systému obecně.

Jaro Křivohlavý přistupuje k problematice stresu spíše z psychologického hlediska a zabývá se procesy zvládání a úlohou protektivních faktorů ve vztahu k působení zátěže. Tématu životních událostí věnuje část kapitoly o stresu ve své publikaci Psychologie zdraví (2001).

Psychosomatickým onemocněním se dlouhodobě věnuje Jan Poněšický (viz např. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky, 2002).

Z nejnovějších příspěvků k tématu psychosociální podmíněnosti nemocí uvedme monografii Psychosociální determinanty zdraví autora Vladimíra Kebzy (2005).

### 3. Životní události a onemocnění

Pravděpodobně žádný aspekt lidského růstu, rozvoje či nemoci není imunní vůči působení sociálního a interpersonálního prostředí jedince. Téměř každá nemoc může mít vztah k prožitým událostem (Hinkle, 1974).

V následující kapitole se budeme podrobněji zabývat tělesnými i duševními poruchami, které jsou v souvislosti s životními událostmi nejčastěji sledovány, případně onemocněními tradičně považovanými za psychosomatická. Výčet těchto nemocí ani popis jejich etiologie přitom není, a vzhledem k rozsahu a zaměření práce ani nemůže být, kompletní. Čtenáře s hlubším zájmem o danou problematiku můžeme odkázat na uvedené zdroje literatury.

V druhé části kapitoly představíme některé důležité poznatky o vztahu životních událostí a nemocí, ke kterým odborníci doposud ve svých výzkumech dospěli.

#### 3.1. Životní události a poruchy zdraví

##### 3.1.1. Poruchy fyzického zdraví

Za dnes již klasická psychosomatická onemocnění, jejichž výskyt či průběh může být ovlivněn psychosociálními faktory, bývají považovány **nemoci srdce a cév**, mezi které řadíme například ischemickou chorobu srdeční, infarkt myokardu (ucpání srdečních cév) nebo náhlou smrt srdeční (Škoda, 1985). Vztahem mezi těmito poruchami a životními událostmi se odborníci zabývají již několik desetiletí. Rahe spolu se svými švédskými kolegy našel již v 70. letech dvacátého století pozitivní korelaci mezi výskytem životních událostí a náhlým úmrtím na nemoci srdce (Rahe & Lind, 1971) či častější výskyt infarktu myokardu v období bezprostředně následujícím po zvýšené kumulaci životních změn (Rahe & Paasikivi, 1971; Theorell & Rahe, 1971). Shodných výsledků dosáhli na početně větších vzorcích finské populace Rahe a Romo (1974). Theorell (1974) sledoval vliv prožitých změn na hladinu katecholaminů v moči pacientů, kteří prodělali infarkt myokardu před 65. rokem svého života. Výsledky studie ukázaly, že prožité životní události mohou způsobit změny endokrinního systému a tím zvyšovat riziko vzniku srdečních onemocnění.

Za klíčový rizikový faktor pro vznik srdečních a cévních chorob bývá obecně považována hypertenze, zvýšená úroveň cholesterolu a kouření cigaret. Stres (vyvolaný například kumulací ŽU) přitom může přispět ke zvýšení krevního tlaku i hladiny cholesterolu v krvi, stejně jako může zvýšit tendenci ke spotřebě tabákových výrobků (Salleh, 2008). Důležitou roli při vzniku srdečních onemocnění ale hrají i osobnostní rysy jedince, jako je například úzkostnost, ctižádostivost, nespokojenost či agresivní sklony, a další predisponující faktory (Škoda, 1985). Friedman (2008) spojuje zvýšený výskyt srdečních onemocnění s tzv.



A typem chování.

Dále bývají ve vztahu k životním událostem sledovány **nemoci trávicí soustavy**, jako jsou například žaludeční vředy, záněty střev či gastro-aesofagiální reflux (pálení žáhy). Vředy mohou být způsobeny přebytkem žaludečních šťáv, jejichž sekreci zvyšují například emoce vzteku či nepřátelství. Jiná teorie hovoří o vlivu stresového hormonu noradrenalinu, který způsobuje stažení kapilár žaludku a následné snížení tvorby hlenu, který chrání žaludek před působením kyseliny solné. Další příčinou vředů je bakterie *Helicobacter pylori*, která vyvolává dráždění gastrointestinální výstelky a stimuluje produkci kyselin (Salleh, 2008).

Důkazy existují také o vztahu mezi působením ŽU a výskytem **astmatu a atopických onemocnění** (Kilpelainen, Koskenvuo, Helenius, & Ergo, 2002). Podmíněnost těchto nemocí je opět multikauzální, přičemž obvykle se v této souvislosti uvažuje o predisponující roli genetických faktorů, osobnostních proměnných a narušené funkce imunitního systému (Salleh, 2008).

S potlačením funkce imunitního systému souvisí také větší náchylnost k různým druhům **virových infekcí** (viz např. Cohen, Tyrrell, & Smith, 1991) a v kombinaci s genetickými predispozicemi také ke vzniku **revmatických onemocnění** (např. Heisel, 1972).

Místem častého výskytu psychosomatických onemocnění je kůže. Povrch našeho těla je jedním z klíčových orgánů v procesu socializace a je také velmi důležitý z hlediska komunikace s okolním prostředím. Kůže dokáže reagovat na rozmanité emocionální podněty a je také zdrojem sebedůvěry jedince. Stres může skrze aktivaci psychosomatických mechanismů vést k celé řadě **kožních onemocnění**, jako je například lupénka, kopřivka, svědění, akné či ekzémy (Picardi & Abeni, 2001). Picardi a Abeni (2001) nicméně upozorňují, že tvrzení o vlivu životních událostí na vznik a průběh kožních onemocnění je vzhledem k metodologickým nedostatkům provedených studií potřeba brát s určitou rezervou.

Emocionální napětí a tenze často vedou k zúžení a následnému rozšíření srdečních cév, což může být příčinou silných **bolestí hlavy a migrén** (Salleh, 2008). Podobně i **bolesti zad a krční páteře** mohou mít svůj původ v psychickém napětí, které vyvolává tenzi kosterního svalstva. Současně dochází ke snížení průtoku krve a k uvolnění draslíku ze svalových buněk, což dále přispívá ke vzniku bolesti (Holmes, 1978).

Zátěžové životní události bývají považovány za jeden z rizikových faktorů pro zhoršení průběhu **roztroušené sklerózy**. Stres způsobený vnějšími změnami může vyvolat zánětlivou aktivitu v centrálním nervovém systému skrze změny v imunitních mechanismech organismu. Přesná povaha vztahu mezi ŽU a roztroušenou sklerózou je ovšem velmi komplikovaná a dodnes spíše nejasná (Mitsonis, Potagas, Zervas, & Sfagos, 2009).

Holmes a jeho spolupracovníci sledovali pacienty s **obstruktivní plicní chorobou**, kteří si často stěžovali na dušnost. Zjistili přitom závislost obtíží s dýcháním na náladě jedince. Emoce vzteku či úzkosti byly doprovázeny hyperventilací, která dále podněcovala pocity dušnosti (Holmes, 1978).

Zvláštní pozornost byla věnována vztahu mezi ŽU a výskytem **nádorových onemocnění**. Přestože četné studie naznačují souvislost mezi působením ŽU, psychologickým stresem a vznikem nádorových onemocnění, povaha tohoto vztahu zůstává stále nejasná. Peled, Carmil, Sibony Samocha a Soham-Vardi (2008) zkoumali nedávné životní zkušenosti u pacientek s rakovinou prsu. Ženy s větším počtem ŽU autoři považují z hlediska vzniku tohoto onemocnění za rizikovou skupinu. Michael et al. (2009) nacházejí souvislost mezi ŽU a rakovinou prsu pouze u nižšího počtu prožitých událostí, s přibývajícím počtem ŽU se riziko onemocnění nezvyšovalo. Autoři upozorňují na komplexní podmíněnost rakoviny prsu mnoha interagujícími faktory. Stres a sociální opora mohou ovlivnit také náchylnost ke vzniku rakoviny prostaty u mužů (Stone, Mezzacappa, Donatone, & Gonder, 1999). Zkoumání vztahu mezi výskytem ŽU a vznikem nádorových onemocnění je ve své podstatě velmi náročné a potýká se s celou řadou metodologických i klinických problémů. Přestože důkazy o přímém vztahu mezi změnami imunitního systému vyvolanými stresem a vznikem rakoviny zatím neexistují, potřebujeme nepochybně další výzkum k bližšímu prokázání možných souvislostí (Salleh, 2008).

### *3.1.2. Poruchy duševního zdraví*

Životní události jsou sledovány také v souvislosti s různými druhy psychických onemocnění. Vztah mezi ŽU a duševními poruchami se přitom jeví jako silnější oproti vztahu k tělesným nemocem (Salleh, 2008).

Přesná povaha vazby mezi ŽU a psychiatrickými onemocněními není dosud známa a podobně jako u fyzických poruch zde musíme uvažovat o multikauzální podmíněnosti nemocí (Salleh, 2008).

Nejčastěji se poukazuje na spojitost mezi prožitými událostmi a vznikem **deprese** (Brown, 1979; Hudgens, 1974; Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999; Markush & Favero; 1974; Paykel, 1979 a další). Přehled výzkumů o vztahu mezi životními událostmi a depresí vypracoval Kessler (1997). Životní události, které předcházejí vzniku deprese, přitom vykazují určité specifické rysy. Může se jednat o události typu ztráty významné osoby či jejího odchodu ze sociálního pole jedince nebo o sociálně nežádoucí ŽU (Myers, 1974; Paykel, 1974; Paykel, 1979 a další). Podrobně vztah ŽU a deprese rozpracoval Brown (1977).

Přehled studií o vztahu mezi životními událostmi a afektivními poruchami obecně

vytvořil Paykel (2003).

Dále se v souvislosti s výskytem ŽU hovoří o vzniku **schizofrenie** (Brown 1979; Paykel, 1974). Přehled výsledků nejvýznamnějších studií v této oblasti podávají Dohrenwend a Egri (1981). Autoři shrnují, že ke vzniku schizofrenie mohou přispívat zejména ŽU, které se vymykají kontrole jedince (tzv. osudové události), přičemž roli zde hraje i genetická náchylnost k nemoci. Stresující události mohou vést ke zdeprimování jedince, které předchází nebo koinciduje s výskytem epizody schizofrenie. Působení ŽU se ale může lišit u jedinců s různými predispozicemi stejně jako v závislosti na vnějších podmínkách, v nichž ke vzniku onemocnění dochází. Dohrenwend a Egri (1981) se domnívají, že role ŽU v etiologii schizofrenie je spíše podceňována.

Kromě psychotických onemocnění bývají ŽU spojovány také s **poruchami neurotického rázu** (např. Paykel, 1974). Cooper a Sylph (1973) zjistili, že pacienti trpící neurózami zažívali před vypuknutím nemoci až o 50% více závažných životních událostí ve srovnání s kontrolní skupinou.

Salleh (2008) uvádí, že asociace mezi stresem a duševními poruchami je nejsilnější u neuróz, dále u deprese a nakonec u schizofrenie.

Kromě uvedených typů duševních onemocnění lze sledovat zvýšený výskyt ŽU také u jedinců se **suicidálními pokusy**. Podle Paykela (1974) zažívali tyto lidé v období šesti měsíců před pokusem o sebevraždu čtyřikrát více závažných událostí oproti zdravým jedincům z kontrolní skupiny a jedenapůlkrát více událostí oproti depresivním pacientům. Pokud jde o kvalitativní charakteristiky prožitých událostí, u jedinců se suicidálními pokusy byly stejně zastoupeny vstupy i odchody ze sociálního pole, ovšem výrazně převládaly nežádoucí události nad žádoucími v porovnání se skupinou zdravých osob i pacientů trpících depresí (Paykel, 1974).

Vztahem mezi prožitými událostmi a celkovou úrovní distresu se zabývali například Vinokur a Selzer (1973) nebo později Glickman, Tanaka a Chan (1991).

## **3.2. Přehled některých klíčových poznatků o vztahu ŽU a nemoci**

### *3.2.1. Poznátky odvozené ze studií velkých vzorků populace*

Cenným zdrojem informací o vztahu prožitých událostí a vzniku onemocnění je práce L. E. Hinkla, který již na přelomu 60. a 70. let dvacátého století prováděl na rozsáhlých výběrech populace výzkumy ojedinělé metodologickou čistotou i reprezentativitou vzorků. Hinkle (1974) sledoval například rozložení výskytu tělesných nemocí v populaci či jejich potenciální podmíněnost vnějšími faktory. Některé závěry jeho studií si zde stručně představíme.

V populaci podobných jedinců ve věku 10 až 50 let s obdobnými životními zkušenosti sledovaných po období jedné až dvou dekad se vyskytuje vždy několik málo lidí s mnoha epizodami zneschopňující nemoci, pár jedinců s mírným počtem epizod, dále velká skupina lidí s nízkým výskytem onemocnění a také několik osob, které nebudou nemocné téměř vůbec. Hinkle na základě těchto zjištění uvádí, že někteří jedinci mají značně vyšší riziko vzniku onemocnění než jiní, a tyto rozdílné vzorce náchylnosti k nemoci budou u sledovaných lidí stabilní po dobu dvaceti let i déle. Vysvětlení může spočívat například ve skutečnosti, že jednotlivé nemoci a syndromy nejsou nezávislé a diskrétní jednotky. Některá onemocnění mohou být projevem jiných poruch a výskyt jedné epizody nemoci zvyšuje pravděpodobnost, že se objeví také další onemocnění. Každá nemoc má více než jednoho původce a obvykle není omezena pouze na jeden orgánový systém. Dělení nemocí podle primární příčiny či místa výskytu je tak v podstatě umělé (Hinkle, 1974),

Druhý z Hinkleho (1974) závěrů je, že pokud jsou jedinci s preexistující náchylností k nemoci vystaveni významným změnám v jejich sociálním či interpersonálním prostředí, frekvence nemocí, stejně jako jejich druh a počet, se pravděpodobně budou měnit. Změny sociálních a interpersonálních vztahů jsou obvykle doprovázeny změnou osobních návyků, vzorců aktivity či změnou stravovacích zvyklostí. Může rovněž dojít k působení potenciálních zdrojů infekce či traumatu. Změny v životě jedince také často vedou ke změnám nálady doprovázenými řadou fyziologických reakcí zprostředkovaných centrální nervovou soustavou. Některé z těchto příčin nebo všechny společně mohou ovlivnit četnost výskytu nemoci i její závažnost (Hinkle, 1974).

Hinkle (1974) dále zjistil, že někteří jedinci procházejí i velmi závažnými životními změnami bez známek nemoci. Vysvětlením může být na jedné straně absence preexistujících dispozic ke vzniku onemocnění, na straně druhé jisté osobnostní ladění těchto lidí. Nejzdravější členové sestavy obvykle vykazovali minimální či žádné reakce v situacích, kdy ostatní jedinci reagovali velmi silně. Hinkle u nich pozoroval spíše mělký vztah k lidem, skupinám či cílům a dále jakousi připravenost přesunout svoji pozornost k jiným osobám v případě přerušení dosavadních vztahů. Tyto psychologické charakteristiky lze podle autora považovat za určitou imunitu vůči deprivaci a změnám.

Hinkle (1974) na základě své práce dospívá k následujícím obecným závěrům:

- Změny sociální, interpersonální či kulturní povahy mohou vést k významné změně zdravotního stavu, pokud má jedinec určitou predispozici k této nemoci nebo pokud vnímá změnu ve vztahu k sobě jako důležitou. Dále může k výskytu nemoci dojít tehdy, nese-li s sebou prožitá událost změnu aktivit a návyků nebo

dojde-li k vystavení jedince působení patogenních činitelů.

- Pokud je osoba zdravá nebo odolná vůči nemoci, nevnímá změnu jako významnou a není nucena měnit dosavadní činnosti ani není vystavena škodlivým činitelům, nemusí změny vnějšího prostředí vést k onemocnění.
- Samotná povaha změny nestačí k vysvětlení jejích účinků na zdravotní stav. Musíme vzít v úvahu také fyzické a psychosociální charakteristiky jedince stejně jako okolnosti, za kterých ke změně dochází.

Hinkleho práci jsme zde citovali zejména proto, že již v raných fázích výzkumu odhalila některé klíčové zákonitosti ve vztahu ŽU a onemocnění a její závěry v podstatě zůstávají dodnes aktuální. Hinkleho výzkumy byly navíc zcela ojedinělé rozsáhlostí vzorků, které často čítaly více než tisíc respondentů.

### 3.2.2. *Chování v roli nemocného (illness behavior)*

V literatuře věnované problematice životních událostí se obvykle setkáváme s obecným pojetím nemoci. Jelikož dosud chybí nástroj pro celkové měření zdraví a nemoci, jsou výzkumníci odkázáni na subjektivní vnímání zdravotního stavu jedincem, výpovědi o nemoci či analýzu lékařských záznamů. Všechny tyto zdroje informací s sebou nesou riziko určitého zkreslení a navíc jsou kontaminovány vzorci chování jakožto nemocného (*illness behavior*). Pod tímto termínem se rozumí rozdílná citlivost či náchylnost jedince k rozpoznání a reagování na tělesné signály, rozdílná ochota označit sebe sama za nemocného a případně vyhledat lékařskou pomoc. Vzorce chování jako nemocného ovlivňují využívání lékařské péče podobným způsobem jako samotná přítomnost nemoci (Mechanic, 1974).

Pojetí nemoci obvykle používané ve výzkumu životních událostí směřuje tělesné změny s chováním jedince. Studie sledující rozložení nemocí v populaci odhalily, že pouze jedna třetina respondentů, kteří uváděli závažné příznaky nemoci, vyhledala lékařskou pomoc. Lékařské záznamy či dny pracovní neschopnosti tak mohou být značně zkresleným zdrojem informací o výskytu nemocí (Mechanic, 1974).

Lidé, kteří jsou nešťastní, neúspěšní či jinak nespokojení, se mohou nadměrně soustředit na symptomy s vysokou prevalencí v populaci, které bývají jinak považovány za běžné a normální, a využívat je ke zvládání náročných situací v životě. Jakmile začnou být věci příliš těžké, soustředí se tito jedinci na svoje příznaky a v podstatě utíkají do nemoci (Mechanic, 1974).

Lidé, kteří vyhledávají lékařskou pomoc, tak často činí kvůli problémům, které se v populaci vyskytují poměrně často a obvykle zůstávají neléčeny. Přítomnost těchto potíží tedy

nemůže být dostatečným důvodem pacientových stížností. Spouštěcím faktorem pro návštěvu lékaře může být právě stres, přičemž do hry zde dále vstupuje celá řada sociokulturních a situačních faktorů. Stres působí jako obecný motivační činitel, který jedince může přimět k vyhledání lékařské pomoci či aktivování jiných mechanismů zvládání zátěže (Mechanic, 1974).

Lékařská anamnéza, životní události, psychický stres a chování v roli nemocného jsou faktory, které spolu složitě interagují, a nezávisle na sobě přispívají k vnímání nemoci a využívání zdravotní péče (Mechanic, 1974).

Můžeme vidět, že David Mechanic již velmi brzy po spuštění vlny zájmu o životní události upozornil na nutnost kontrolovat proměnné, jako je tendence jedince přijmout roli nemocného, a na možná zkreslení plynoucí z nedostatečného vymezení pojmu nemoci. Problematice tzv. *illness behavior* je ve výzkumu ŽU nadále věnována značná pozornost (např. Minter & Kimball, 1978). K tématu se ještě vrátíme v kapitole věnované metodologickým aspektům zkoumání ŽU.

## 4. Faktory ovlivňující dopady životních událostí na zdraví

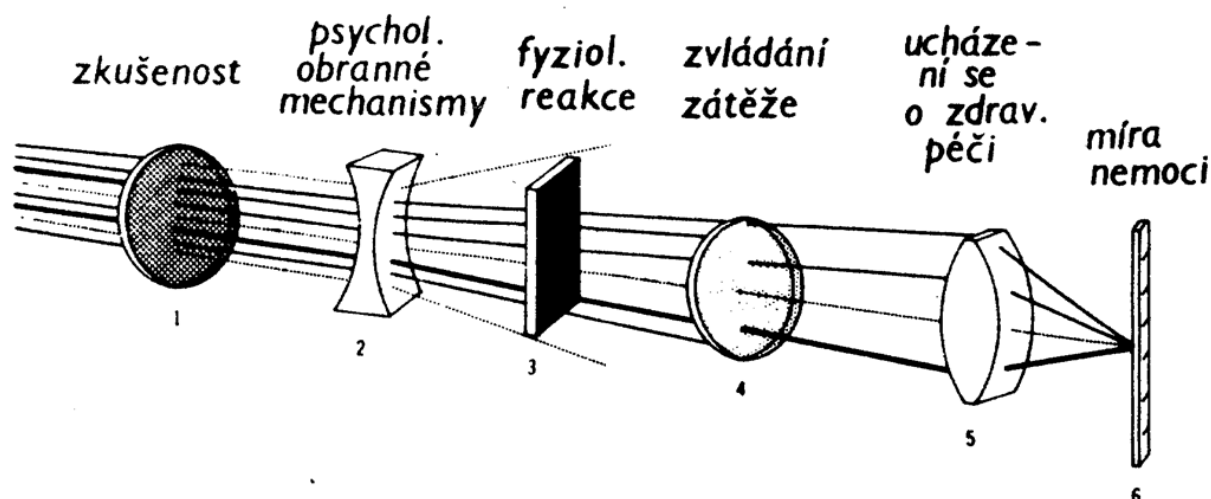
Poté, co jsme ukázali, že životní události mohou předcházet vzniku četných onemocnění, můžeme se nyní zaměřit na otázku, jaké další proměnné a mechanismy se v tomto vztahu uplatňují. Jak již bylo několikrát naznačeno, působení životních událostí na zdravotní stav ovlivňuje celá řada faktorů na straně jedince i prostředí. V podstatě všechna onemocnění jsou multikauzálně podmíněna a životní události jsou jen jedním z působících činitelů, který navíc složitě interaguje s dalšími proměnnými. Celá situace je tak značně komplikovaná a dosavadní poznání se z větší části pohybuje spíše na poli pravděpodobnostních odhadů a předpokladů než pevných poznatků. V následující kapitole se pokusíme na základě studia dostupných zdrojů podrobněji rozebrat jednotlivé činitele, kteří spoluurčují výsledek působení ŽU na člověka.

### 4.1. Modely působení ŽU na zdraví

Vztah mezi životními událostmi a nemocí se řada autorů pokusila schematicky vyjádřit pomocí různých modelů. Představení některých těchto příspěvků považujeme za zajímavé pro lepší orientaci ve zkoumané problematice.

Rahe (1974) znázornil vztah mezi nedávnými změnami v životě jedince a následnými poruchami zdraví pomocí metafory vypůjčené z optiky. V jeho čočkovém modelu působení stresu procházejí podněty vnějšího prostředí znázorněné v podobě paprsků přes soustavu konvexních i konkávních čoček a filtrů, které zastupují faktory působící na straně jedince. Během průchodu optickou soustavou se mění závažnost jednotlivých událostí, což se odráží na šířce paprsků.

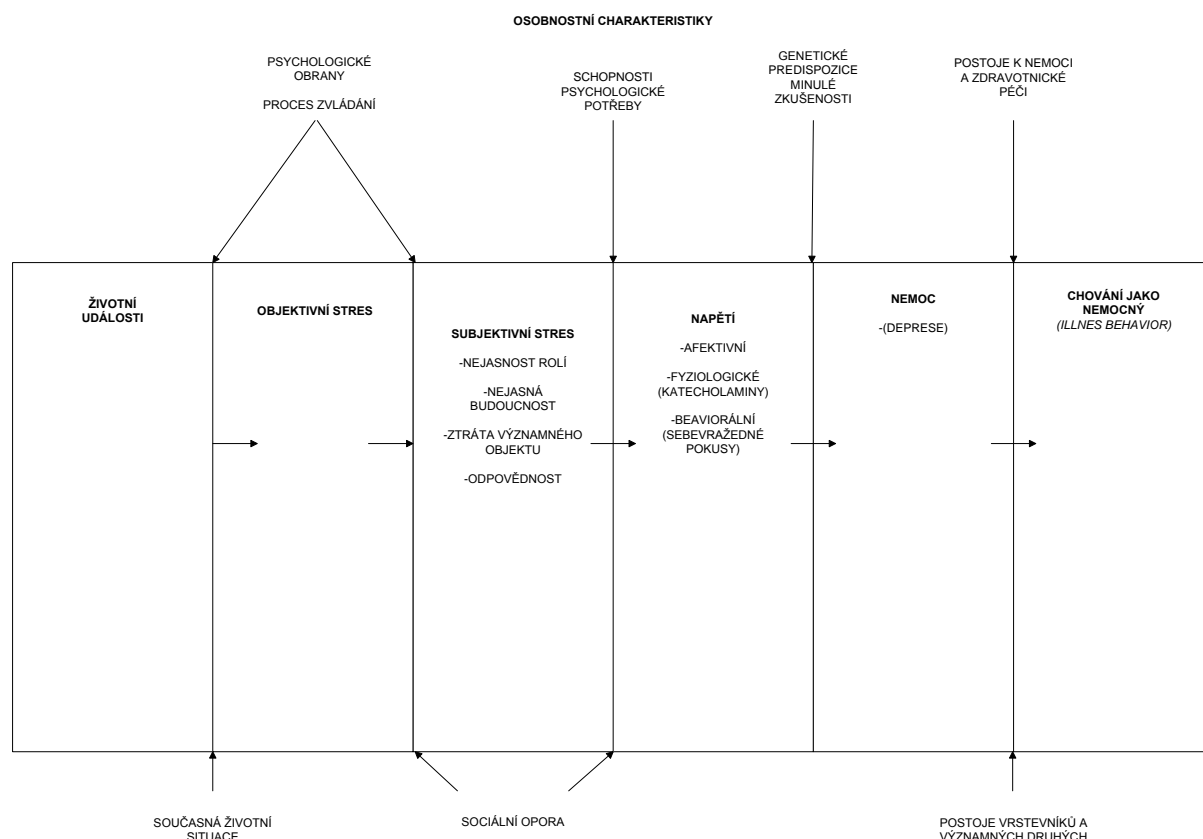
Životní události procházejí nejdříve přes filtr minulých zkušeností, který modifikuje jejich subjektivní význam pro jedince. Dále se paprsky dostávají k rozptylné čočce představující obranné mechanismy jedince, která může některé z nich vychýlit mimo optický systém. Následuje fyziologická černá schránka, ve které jsou dopadající paprsky přeměněny na fyziologické reakce organismu. Fyziologickou aktivaci může redukovat následující filtr, který představuje kapacity jedince pro zvládání zátěže. Pokud ke snížení aktivace nedojde, nebo dojde pouze částečně, může organismus začít pociťovat tělesné symptomy. Tyto symptomy může jedinec buď přehlížet, nebo jim naopak začít věnovat více pozornosti a případně o nich referovat lékařům. Postoj k nemoci neboli tzv. *illness behavior* představuje poslední spojnou čočku, která určuje výsledek celého procesu, a sice vlastní nemoc vyjádřenou obvykle stanovením diagnózy (Rahe, 1974).



Obr. 1: Čočkový model stresu (Rahe, 1974; převzato z Škoda, 1985)

Cobb (1974) nabízí komplexní metateoretický model působení ŽU, který je do určité míry podobný Raheho konceptualizaci. Životní událost je na začátku považována za objektivní zátěž, následně se po střetu s psychologickými obranami jedince mění v subjektivní stres. Jeho zdrojem může být dle Cobba například nejasnost rolí, pracovní zátěž, přílišná zodpovědnost či nejednoznačná budoucnost. Subjektivní stres způsobuje napětí, které se může manifestovat na úrovni afektivní či behaviorální. Důsledkem fyziologického napětí může být onemocnění, ke kterému jedinec následně zaujímá určitý postoj a různým způsobem na něj reaguje (*illness behavior*). Samotný proces působení zátěže od výskytu ŽU až po vznik nemoci je ovlivněn individuálními charakteristikami jedince – jeho obrannými mechanismy a schopnostmi zvládání zátěže, postoji a potřebami, genetickými predispozicemi a minulými zkušenostmi a také postojem k nemoci a zdravotní péči obecně. Cobbův model dále zahrnuje sociální oporu jedince a jeho aktuální životní situaci, čímž rozšiřuje Raheho pojetí o interindividuální úroveň. Cobb ve svém diagramu úmyslně nechává volná místa pro doplnění proměnných odpovídajících měnícím se hypotézám různých autorů.

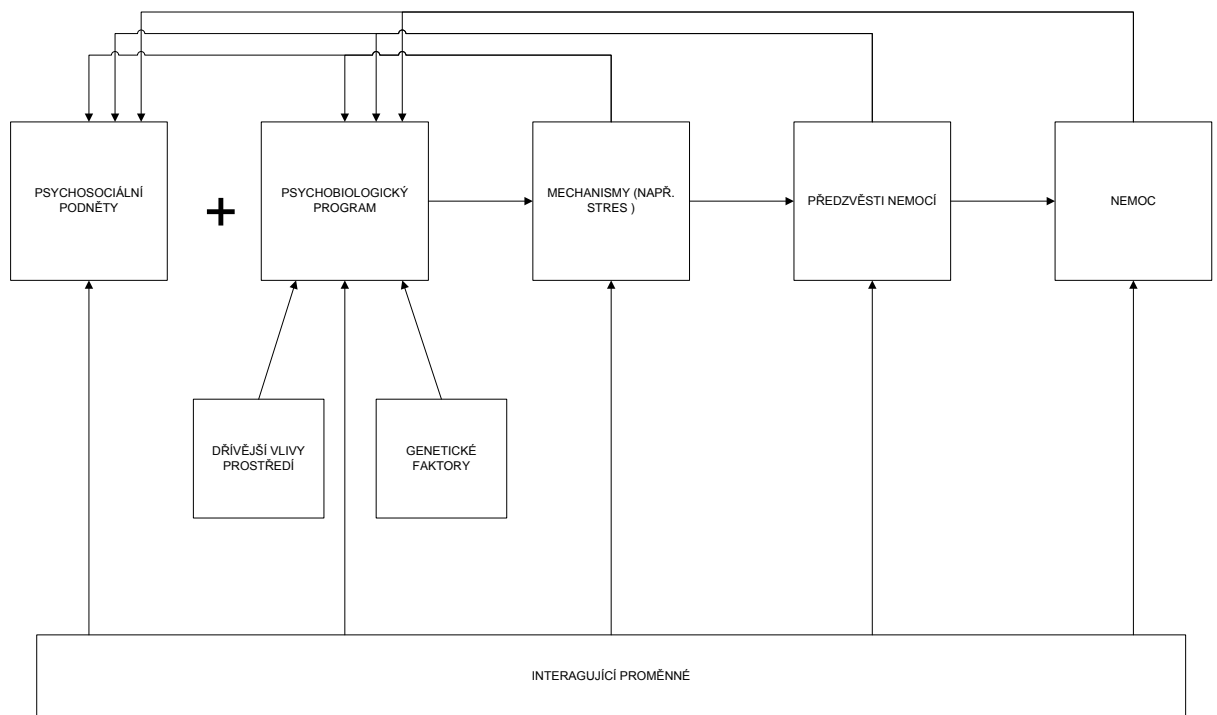




*Obr. 2: Cobbův model působení životních událostí (Cobb, 1974)*

Antonovsky (1974) nabízí model působení zátěže, v jehož centru stojí řízení tenze. Vnitřní reakcí na životní událost je tenze. Stres, který je důsledkem neschopnosti organismu tuto tenzi zvládnout, může výrazně přispívat ke vzniku patologie. Soubor proměnných působících mezi životní událostí a vznikem nemoci nazývá Antonovsky zdroji odolnosti (*resistance resources*). Jinými slovy jde o sílu, kterou může jedinec využít ke zvládnutí tenze. Mezi zdroje odolnosti podle Antonovského patří homeostatická flexibilita neboli schopnost akceptovat alternativy, dále vztahy k blízkým lidem a vztahy k určité komunitě.

Podle Leviho konceptuálního modelu psychosociálně ovlivněné nemoci (1979) se účinky psychosociálních podnětů kombinují s psychobiologickým programem jedince (genetické predispozice a rané zkušenosti) a společně pak vyvolávají psychické a fyziologické reakce organismu (např. stres), které mohou za určitých okolností vést ke vzniku nemoci. Sekvence těchto kroků je zároveň ovlivňována intervenujícími proměnnými. Celý proces přitom dle Leviho není jednosměrný, ale řídí se kontinuální zpětnou vazbou.



Obr. 3: Konceptuální model psychosociálně ovlivněné nemoci (Levi, 1979)

## 4.2. Charakteristiky životních událostí

Důsledky životních událostí budou zřejmě ovlivněny již samotnými charakteristikami těchto změn.

Jeden z dominantních teoretických sporů oblasti výzkumu životních událostí se týká právě otázky, které vlastnosti či charakteristiky prožitých událostí ovlivňují míru zátěže, jež daná situace pro jedince představuje. Jinými slovy se můžeme zeptat, proč je některá událost pro člověka stresující a jiná ne? Tato otázka je velmi důležitá při odhalování vztahu mezi ŽU a nemocí.

Na jedné straně se setkáváme s názorem, že zdrojem stresu je **změna sama o sobě**. Mezi hlavní představitele tohoto přístupu patří Holmes a Rahe, podle kterých nejsou potenciální škodlivé účinky životních událostí na zdraví dány jejich psychologickým významem či společenskou žádoucností, ale právě velikostí změny, kterou událost v dosavadním životě jedince vyvolala (Holmes & Masuda, 1974).

V určité opozici k tomuto přesvědčení stojí přístupy, podle kterých je míra zátěže ovlivněna kromě velikosti změny ještě dalšími kvalitativními charakteristikami ŽU. Nejčastěji se v této souvislosti sleduje sociální **žádoucnost či nežádoucnost událostí**. Nežádoucí změny přitom bývají obecně považovány za více stresující a tedy i rizikovější z hlediska zdravotních následků (Gersten, Langner, Eisenberg, & Orzek, 1974; Myers, Lindhental, & Pepper, 1974;

Paykel, 1974; Sarason, Johnson, & Siegel, 1978; Vinokur & Selzer, 1975 a další). Míru stresu může podle odborníků ovlivnit také **kontrolovatelnost či nekontrolovatelnost události** (Kellam, 1974; Paykel, 1974), **velikost ohrožení** způsobeného událostí (Brown, 1974), **vzdálenost události v čase** (Horowitz, Schaeffer, & Cooney, 1979), **předvídatelnost události** (Chalmers, 1982), **doba působení události** (Chalmers, 1982) či **osudovost vs. individuální zavinění události** (Kellam, 1974).<sup>3</sup>

Mohli bychom dále pokračovat ve výčtu charakteristik, které ovlivňují, zda a do jaké míry je daná událost pro zasaženého jedince stresující. Místo toho nabídneme shrnutí, že jak velikost změny, tak její kvalitativní vlastnosti jsou důležitými prediktory míry zátěže a tedy i potenciálních zdravotních důsledků ŽU (Chalmers, 1982).

Kromě objektivní povahy životních událostí jsou jejich následky ovlivněny subjektivním vnímáním těchto událostí jedincem. Většina autorů by se nejspíš shodla, že individuální význam události ovlivňuje jejich dopad na člověka výrazněji než jejich objektivní povaha (Antonovsky, 1974).

Výzkumníci se nicméně neshodnou na tom, do jaké míry lze předpokládat podobné hodnocení totožných událostí různými jedinci. Obecně můžeme rozlišit tři rozdílné přístupy k této otázce (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974c). Podle zastánců prvního z nich je vnímání závažnosti jednotlivých událostí zcela idiosynkratické a liší se od jedince k jedinci (např. Theorell, 1974). Tento přístup je značně rozšířen vzhledem k silně zastoupenému přesvědčení o klíčové roli intervenujících proměnných v procesu působení stresu na organismus (Chalmers, 1982).

Na druhé straně kontinua stojí předpoklad, podle kterého je možné dosáhnout univerzální shody v posouzení, do jaké míry jsou rozličné životní události stresující (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974c). V dostupných odborných studiích se nám nepodařilo nalézt čisté zastánce tohoto názoru.

Značná část odborníků dospěla ve svých výzkumech k přesvědčení, že vnímání závažnosti jednotlivých událostí je do jisté míry podobné mezi členy kulturně či jinak homogenních skupin, zatímco mezi různými skupinami se může výrazně lišit (např. Holmes & Masuda, 1974).

---

<sup>3</sup> Situace bohužel není tak jednoduchá, že by všechny události byly více či méně stresující a tedy škodlivé. Někteří autoři uvažují o protektivním vlivu pozitivních událostí – tzv. *uplifts* (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981), jiní naopak o potenciálně škodlivém vlivu událostí, které vůbec nenastaly, ale byly jedincem očekávány – tzv. *non events*. Non events jsou také žádoucí události obvykle se vyskytující u lidí v určité skupině, které u indexového jedince nenastanou. Obecná deprivace těchto událostí tak může být silně stresující (Gersten, Langner, Eisenberg & Orzek, 1974). O potenciálně protektivním účinku pozitivních událostí se stručně zmíníme v závěru kapitoly.

Zjednodušeně si snad můžeme dovolit říci, že velikost změny, kterou událost vyvolala, stejně jako kvalitativní charakteristiky této události se podílí na způsobu, jakým bude jedinec situaci vnímat, i když do hry zde nepochybně vstupuje celá řada dalších faktorů. Vnímání události dále ovlivňuje emoční, fyziologické i behaviorální reakce organismu a jejich prostřednictvím potenciálně i vznik onemocnění.

Obě diskutované otázky, a sice problematika subjektivní či objektivní závažnosti životních událostí stejně jako spor o charakteristiky ŽU ovlivňující míru zátěže však nejsou jen důležitými teoretickými tématy, ale výrazně zasahují i do oblasti metodologické, kde je jim věnována značná pozornost v souvislosti s konstrukcí nástrojů pro měření životních událostí a jejich dopadů na lidské zdraví.

Kromě všeobecně sledovaného negativního vlivu ŽU na zdraví zaměřili někteří autoři pozornost i na **pozitivní životní události**, které podle jejich názoru mohou naopak tlumit negativní působení životního stresu. Pozitivní zážitky vyvolávají kladné emoční reakce a tím mohou posílit kapacity jedince adaptovat se na stres (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981). Podle Cohena a Hobermana (1983) tak mohou pozitivní události chránit jedince před patogenním působením vysoké míry stresu. Tuto souvislost ovšem autoři prokázali pouze u depresivních a nikoli somatických symptomů.

K otázce patogenního či salutogenního působení pozitivních událostí nacházíme v literatuře dosti ambivalentní postoje, a proto tento názor představujeme s určitou opatrností.

### **4.3. Intervenující proměnné na straně jedince**

Při sledování dopadů životních událostí na zdraví bylo opakovaně zjištěno, že někteří jedinci i přes vysokou míru prožité zátěže nevykazují buď žádné, nebo pouze velmi mírné změny zdravotního stavu (např. Antonovsky, 1974; Hinkle, 1974). Odborníci si kladou již několik desetiletí otázku, které faktory a jakým způsobem ovlivňují, zda se prožité události projeví negativně na zdraví zasaženého jedince, či zda naopak dojde k jejich úspěšnému zvládnutí bez následných zdravotních konsekvencí. V předchozí části jsme se zabývali charakteristikami životních událostí, které mohou ovlivnit jejich potenciální dopad na lidské zdraví. Na následujících stránkách se naopak zaměříme na zprostředkující proměnné na straně jedince a jeho sociálního prostředí. Budou nás přitom zajímat zejména protektivní činitele, které pomáhají tlumit negativní dopady ŽU na zdravotní stav. V druhé části podkapitoly se budeme věnovat faktorům rizikovým, které mohou činit jedince zranitelnějším vůči účinkům ŽU<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Toto dělení je v jistém smyslu umělé – nízká úroveň protektivního faktoru by mohla být rovněž

Na závěr se pokusíme nastínit komplexní roli osobnosti ve vztahu životní událost – nemoc.

#### 4.3.1. *Protektivní faktory*

Pokud jedinec prožije závažnou životní událost a vyhodnotí ji jako zátěžovou či potenciálně ohrožující, obvykle vyvíjí určité úsilí směřující k jejímu překonání. Soubor těchto snah je v literatuře označován termínem *coping* neboli **zvládání stresu** (Gerhardt, 1979). Účinek životních událostí je utvářen do značné míry právě způsobem jejich zvládání, přičemž některé styly jsou častěji spojovány s redukcí nežádoucích zdravotních důsledků, zatímco jiné mohou působení stresoru zesílit (Garnefski & Kraaij, 2009; Hovanitz, 1986).

Koncepci zvládání stresu rozpracoval zejména Lazarus (1993), který v celém procesu zdůrazňuje hlavně roli kognitivní složky. Zvládání zátěže ovlivňuje stresovou reakci buď přímou změnou podmínek a tedy odstraněním původního problému (tzv. zvládání zaměřené na problém) nebo změnou postojů k problému (tzv. zvládání zaměřené na emoce). Konkrétní strategii jedinec volí v závislosti na kontextu situace na základě jejího kognitivního zhodnocení. Lazarus rozlišuje celou řadu konkrétních technik a postupů zvládání, jako je například kognitivní přehodnocení situace, popření či distancování se od problému a podobně.

Antonovsky (1974) označuje soubor charakteristik, které po prožití závažných událostí chrání jedince před vznikem onemocnění, termínem **zdroje odolnosti** (*resistance resources*). Lidé, kteří v důsledku zásadních životních změn onemocní, podle něj disponují schopností účinného zvládání tenze, jinými slovy schopností nastalý problém rychle a kompletně vyřešit. Mezi faktory, které tuto schopnost podporují, patří homeostatická flexibilita, vztahy k blízkým lidem a vztahy v rámci širší komunity. Psychologická flexibilita zahrnuje zakotvení jedince ve více sociálních rolích, schopnost tolerovat rozdílné životní hodnoty a schopnost rychle se adaptovat na nepřízeň osudu. Vztahy k druhým lidem přinášejí dle Antonovského možnou oporu v náročných situacích a zároveň se vyznačují prožitkem loajality.

Teoretických modelů zvládání zátěže se v literatuře věnované životním událostem objevuje celá řada. Gerhard (1979) rozlišuje tři základní skupiny přístupů. První z nich klade důraz na napětí, které zátěžová situace vyvolává, a pojem zvládání považuje za souhrn psychofyziologických mechanismů sloužících k jeho redukci. Druhý přístup, označovaný jako psychologický, vychází z Lazarusova pojetí a zdůrazňuje individuální psychologické charakteristiky, které ovlivňují reakci organismu na vnější podněty. Třetí model zahrnuje rovinu sociální a pod pojmem zvládání se zde rozumí zejména manipulace se sociálním

---

považována za faktor rizikový; faktory uvádíme tak, jak je o nich pojednáváno v literatuře věnované problematice ŽU.

okolím jedince.

Proces zvládání představuje velmi komplexní jev, jehož efektivita je důležitým momentem ve vztahu životních událostí a onemocnění. Adaptivní strategie zvládání stresu mohou být považovány za důležitý protektivní faktor chránící jedince před vznikem onemocnění. Neadaptivní strategie jsou naopak častěji spojovány se vznikem patologie (Hovanitz, 1986).

Při zkoumání vlivu jednotlivých intervenujících proměnných v procesu působení ŽU na organismus jsou strategie zvládání zátěže pouze jednou sledovanou skupinou faktorů (např. Garnefski & Kraaij, 2009; Hovanitz, 1986). Častěji se podle informací z prostudované literatury zájem odborníků zaměřuje na osobnostní charakteristiky jedince, jeho sociální zázemí a podobně. Autoři výzkumů přitom často naznačují, že zjištěný protektivní účinek těchto proměnných spočívá částečně právě v tom, že jedince predisponují k účinnějšímu zvládání zátěže. V následující části tedy pojednáme samostatně o dalších činitelích na straně organismu, které tlumí negativní působení ŽU, a to právě s vědomím jejich pravděpodobného vztahu k procesu zvládání zátěže. Vzhledem k tomu, že používané pojmy jsou v psychologické literatuře běžně rozšířené, nepovažujeme za nutné je blíže představovat, a zájemce o podrobnější informace odkazujeme na uvedenou literaturu.

Důležitým faktorem, o kterém se předpokládá, že dokáže přispět k lepšímu zvládání zátěže plynoucí z prožitých událostí a tím tlumit jejich negativní dopady na zdraví, je **sociální opora**. V širším slova smyslu jde o souhrn mechanismů, kterými interpersonální vazby chrání jedince před působením stresujícího prostředí. Tzv. nárazníková hypotéza říká, že vyšší míra sociální opory chrání jedince před důsledky silného stresu, zatímco v situacích mírné zátěže není její vliv příliš významný (Cohen & McKay, 1984). Autoři Cohen a McKay (1984) se blíže zabývají jednotlivými druhy sociální opory a psychologickými aspekty jejího působení vůči stresu.

Protektivní účinek sociální opory ve vztahu k životním událostem byl výzkumně prokázán celou řadou studií. Lin, Simeone, Ensel a Kuo (1979) zjišťují negativní korelaci mezi úrovní sociální opory a výskytem psychiatrických příznaků po prožití ŽU. Cohen a Hoberman (1983) sledovali vliv životních událostí a sociální opory na vznik deprese a somatických symptomů. Tlumivý účinek sociální opory byl zjištěn hlavně u jedinců s vyšší mírou stresu. Autoři nicméně upozorňují na skutečnost, že tento efekt je zprostředkován zejména některými druhy sociální opory jako je například ocenění či podpora sebevědomí, a může se navíc lišit u psychických a somatických příznaků. Kobasa a Puccetti (1983) zjišťují pozitivní vliv sociální opory například v pracovních situacích, kdy jedinci s vyšší vnímanou

oporou od svého nadřízeného vykazují v situacích zátěže méně somatických příznaků onemocnění. Copley a Steptoe (2005) prokázali tlumivý efekt sociální opory vůči fyzickým důsledkům akutního stresu plynoucího z prožitých událostí.

Výše uvedené příklady výzkumů ukazují na nezanedbatelný protektivní účinek interpersonálních vazeb v situacích, kdy je člověk vystaven působení životních událostí. Z výsledků ovšem nelze jednoznačně shrnout, jaké druhy opory, v jakých situacích a vůči jakým onemocněním mohou jedince chránit.

Působení životních událostí je dále výrazně modifikováno osobností jedince. Ve výzkumu ŽU byl prokázán protektivní účinek celé řady osobnostních charakteristik vůči negativním zdravotním důsledkům prožitých změn.

V literatuře je hojně rozšířen zejména Antonovského koncept **odolnosti v pojetí koherence** neboli smyslu pro integritu (*sense of coherence*). Jedinci s vyšší mírou této vlastnosti se vyznačují přesvědčením o vlastní schopnosti porozumět podnětům vnějšího i vnitřního prostředí a účinně se s nimi vyrovnat (Antonovsky, 1987). Jorgensen, Frankowski a Carey (1999) se domnívají, že lidé s vyšší mírou smyslu pro integritu hodnotí prožité události méně negativně než jedinci s nižšími hodnotami této vlastnosti, a také vykazují po prožití závažných změn méně negativních somatických symptomů. Vyšší úroveň koherence tak může podle autorů sloužit jako určitý nárazník vůči působení ŽU, a to zejména skrze změnu kognitivního hodnocení prožívaných situací. Ristkari, Sourander, Rønning, Nikolakaros a Helenius (2008) zaznamenali ve svém souboru u jedinců s nižší mírou koherence více příznaků psychopatologie. Bergh, Baigi, Fridlund a Marklund (2006) naznačují, že jedinci se slabším smyslem pro integritu mají méně adekvátní strategie zvládání zátěže a životní události u nich tím pádem častěji vedou ke vzniku onemocnění.

Podobnou cestou jako Antonovsky se vydala i Suzanne Kobasa (1979). Autorka sledovala skupinu vedoucích pracovníků střední sociální vrstvy a zjistila, že někteří respondenti ani po prožití značného počtu závažných událostí neonemocněli. Tito lidé vykazovali určité společné osobnostní charakteristiky, které Kobasová označuje pojmem **osobní tvrdost**<sup>5</sup> (*hardiness*). Od druhé skupiny se lišili pocitem kontroly nad situací, ztotožněním se situací a určitou oddaností vlastní činnosti, a také chápáním těžkostí jako výzev přinášejících příležitost k rozvoji. Tito jedinci také mají dle Kobasové tendenci častěji vyhledávat nové zážitky a zkušenosti.

Potenciál charakteristik spadajících pod koncept odolnosti v pojetí hardiness ochránit jedince vůči působení životních událostí a vzniku onemocnění byl následně prokázán dalšími

---

<sup>5</sup> V české odborné literatuře se pro tento koncept používá například označení odolnost v pojetí hardiness.

studiemi (Kobasa, Maddi, & Courington, 1981; Kobasa & Puccetti, 1983 a další).

Další osobnostní charakteristikou, o které se uvažuje v souvislosti s působením prožitých událostí na zdraví je tzv. **lokalizace kontroly** (*locus of control*). Autor konceptu J. B. Rotter (1966) se ve své práci soustředil zejména na rozdíly mezi lidmi v přístupu k životním těžkostem. Rotter rozlišuje dva diametrálně odlišné přístupy k obtížím, které v podstatě tvoří krajní póly kontinua, na němž se nachází každý jedinec. Na jednom konci jsou lidé, kteří vycházejí ze svého vlastního potenciálu a mají důvěru ve své schopnosti a dovednosti situaci zvládnout. Zároveň jsou v přístupu k těžkostem aktivnější a vyznačují se větší iniciativou. Tito jedinci mají podle Rottera interní lokalizaci kontroly. Na druhém pólu stojí méně iniciativní lidé, kteří očekávají, že změna situace přijde spíše zvenčí nezávisle na jejich přičinění. Rotter tyto jedince označuje termínem lidé s externím místem kontroly.

Crandall a Lehman (1977) zjistili pozitivní korelaci mezi externím místem kontroly a příznaky maladjustace po prožití životních událostí. Podobně ve studii Kilmanna, Laval a Wanlasse (1978) vykazovali jedinci s interní lokalizací kontroly lepší adaptaci po prožití závažných událostí.

Kromě výše uvedených osobnostních konstruktů, které mají mimořádný vztah k řešení zátěžových situací, byl ve výzkumu ŽU sledován protektivní vliv celé řady dalších charakteristik. Jedná se například o vlastnosti jedince související se zpracováním a vyhodnocením informací. V této souvislosti byl prokázán pozitivní účinek optimistického **atribučního stylu** při zvládání ŽU (Hirsh, Wolford, LaLonde, Brunk, & Parker-Morris, 2009; Kapçi & Cramer, 2000 a další).

V procesu zvládání životních událostí je nepochybně důležitá určitá psychická flexibilita jedince. Antonovsky (1974) uvádí jako jeden ze zdrojů odolnosti flexibilitu homeostatickou, která značí schopnost uvědomit si existenci alternativ a akceptovat tyto možnosti.

Zajímavý je v této souvislosti poměrně nový koncept akceptace (*acceptance*). „*Ochota přijímat své myšlenky, pocity a fyziologické vjemy bez potřeby je kontrolovat nebo se jimi nechat ovlivňovat ve své činnosti, je považována za jednu z významných individuálních determinant duševního zdraví a efektivity chování*“ (Bond & Bunce, 2003, pp. 3). Akceptace je v podstatě dvoustupňový model. Prvním krokem je ochota přijímat své psychologické zážitky, včetně negativních, bez potřeby jejich změny či ovlivnění. Přijetím těchto vnitřních stavů mohou lidé dále efektivně využít svoji energii, kterou by jinak vynaložili na potlačování či kontrolu nepříjemných pocitů, konstruktivním způsobem k dosahování svých cílů. Akceptace jinými slovy umožňuje využití vzácných zdrojů pozornosti místo kontroly vnitřních událostí ke sledování vnějšího prostředí a naplňování životních plánů (Bond &



Bunce, 2003). V oblasti psychopatologie se častěji používá termín vyhýbání se zkušenosti (*experiential avoidance*). Pojem označuje nechuť jedince zůstat v kontaktu se svými myšlenkami, vzpomínkami, tělesnými vjemy či pocity a vynakládání značného úsilí k jejich změně či snížení četnosti jejich výskytu, a to i tehdy, když jsou tyto snahy z hlediska chování značně škodlivé. Lidé s tendencí vyhýbat se vlastním zkušenostem častěji volí vyhýbavé strategie zvládání zátěže. Pokud se jedinec nedokáže zbavit nepříjemného stavu vyhnutím se vnější situaci, může se zaměřit na samotné nepříjemné vnitřní prožitky jako na něco, čeho je třeba se zbavit. Potlačení nežádoucích stavů může sice přinášet krátkodobou úlevu, nicméně časem může docházet k nárůstu těchto myšlenek či pocitů. Některé nepříjemné zážitky jsou navíc důležitou zkušeností a často stojí u zrodu adaptivních změn v chování (Hayes et al., 2004). Pojmy akceptace i vyhýbání se zkušenosti v podstatě vyjadřují opačné póly téhož konstruktů. Zastřešujícím termínem, který autoři navrhuji používat, je **psychická flexibilita** (Bond et al., n. d.). Zatímco vyšší míra akceptace se zdá být důležitou determinantou duševního zdraví (Bond & Bunce, 2003), vyšší sklon k vyhýbání se zkušenosti bývá častěji spojován s výskytem psychopatologie (Hayes et al., 2004). Koncept akceptace a vyhýbání se zkušenosti byl historicky hojně využíván v terapeutickém kontextu (Hayes et al., 2004).

Uvedený koncept psychické flexibility je poměrně nový a v souvislosti s životními událostmi mu zatím podle našich informací nebyla věnována pozornost. Vzhledem k tomu, že se tato charakteristika vztahuje ke zpracování vnitřních stavů plynoucích z vnějších zkušeností, domníváme se, že by ve vztahu k životním událostem mohla hrát velmi důležitou roli. Předpokládáme, že jedinci s vyšší úrovní psychické flexibility se dokážou lépe vyrovnat s životními změnami a budou tím pádem do určité míry chráněni vůči negativním zdravotním důsledkům ŽU. Zároveň u nich negativní prožitky plynoucí z prožitých událostí zásadním způsobem nenaruší následné dosahování stanovených cílů, což by mohlo minimalizovat nežádoucí změny v jejich budoucím životě. Souvislost mezi životními událostmi, zdravotním stavem a duševní flexibilitou se pokusíme výzkumně ověřit v empirické části práce.

#### 4.3.2. Rizikové faktory

Kromě výše uvedených faktorů, které mohou jedinci pomoci k lepšímu zvládnutí prožitých událostí a tím ho chránit před jejich negativními zdravotními důsledky, uvažují odborníci i o proměnných, které mohou naopak činit člověka zranitelnějším vůči působení zátěže. Některé z těchto proměnných zde stručně představíme.

Významným rizikovým faktorem může být **vrozená náchylnost ke vzniku onemocnění** (např. Hinkle, 1974; Kobasa, Maddi, & Courington, 1981). Konstituční predispozice mohou podle běžného přesvědčení zvýšit pravděpodobnost, že silnější úroveň stresu povede ke

vzniku onemocnění. K tomuto výsledku mohou vést v podstatě dva mechanismy. Nemoc či porucha se při působení stresu s větší pravděpodobností projeví u toho orgánu či systému orgánů, který je konstitučně nejméně odolný. Podle druhého mechanismu je odpověď na stres do značné míry modifikována činností imunitního systému, jehož funkce může být geneticky podmíněna (Kobasa, Maddi, & Courington, 1981).

Dohrenwend (1973) poukazuje na vyšší počet prožitých událostí a související vyšší úroveň psychického distresu u jedinců s nižším **socioekonomickým statusem** (SES). Také Myers, Lindhental a Pepper (1974) zjistili, že lidé z nižších sociálních vrstev zažívají více událostí, které vyžadují vyšší míru přizpůsobení a vedou k závažnějším poruchám v psychické oblasti. Hatch a Dohrenwend (2007) provedli analýzu demografického rozložení životních událostí na základě studia výzkumů z let 1967 – 1980 a 1989 – 2005. Dospěli přitom k závěru, že skupiny s nízkým socioekonomickým statusem častěji zažívají negativní životní události. Jedinci s nízkým příjmem, nižší úrovní vzdělání a menší prestiží zaměstnání ve sledovaných studiích uváděli signifikantně více násilných událostí, událostí týkajících se zdravotního stavu a ekonomických událostí ve srovnání se skupinami s vyšším SES.

Nižší socioekonomický status může dle výše uvedených studií člověka predisponovat k zažívání většího počtu negativních událostí a z tohoto pohledu může představovat významný rizikový faktor ve vztahu ke vzniku onemocnění.

Hatch a Dohrenwend (2007) rovněž uvádějí, že životní události s výjimkou traumatických se s větší pravděpodobností objevují u Afroameričanů a pravděpodobně i dalších etnických minoritních skupin v rámci většinové populace.

Určitým rizikovým faktorem z hlediska schopnosti čelit životním událostem by mohl být věk jedince, nicméně toto téma by vyžadovalo samostatné pojednání s využitím poznatků vývojové psychologie a dalších disciplín.

V předchozí části jsme ukázali, že některé osobnostní charakteristiky zvyšují odolnost jedince vůči působení stresu. Ve výzkumu životních událostí je patrná tendence věnovat větší pozornost právě těmto protektivním faktorům. Existují ale také psychologické vlastnosti, které naopak činí jedince choulostivějším v situaci zvýšené zátěže. Podle Watsona a Clarka (1984) existuje určitý soubor osobnostních rysů, který má úzký vztah k celé řadě onemocnění. Tento soubor charakteristik autoři označují souhrnným termínem **negativní afektivita** a zahrnují do něj například úzkostnost, sílu ega, obecnou maladjustaci, sklon k potlačování emocí, přecitlivělost či sociální žádoucnost. Jedinci s těmito sklony se častěji dostávají do stresu a používají méně adaptivní strategie pro jeho zvládnutí. Častěji také pociťují emocionální nepohodu a to i v situacích, které nejsou obvykle považovány za stresující. Lidé

s negativní afektivitou jsou spíše introspektivně zaměřeni a mají tendenci ulpívat na negativních aspektech reality (Watson & Clark, 1984).

#### 4.3.3. *Role osobnosti ve vztahu ŽU - nemoc*

Přestože o roli osobnostních charakteristik již byla řeč v předchozí části, považujeme za užitečné blíže rozebrat složitou interakci mezi osobností, životními událostmi a onemocněním v samostatném oddílu. Tento vztah je nepochybně velmi složitý a vzájemné ovlivňování jednotlivých proměnných nejspíš může být vícesměrné.

V předchozí části kapitoly jsme se již zabývali některými osobnostními charakteristikami, které mohou pomáhat lepšímu zvládnutí zátěžových situací či ho naopak znesnadňovat. Osobnost tedy modifikuje vyrovnávání se s prožitými událostmi. Costa a McCrae (1992) uvádějí, že osobnost může značně ovlivňovat volbu konkrétních strategií zvládnutí stresu. Jedinci s vyšší mírou neuroticismu například častěji užívají neadaptivní strategie, jako je únik do fantazie, nerozhodnost, sebeobviňování či hostilita. Extraverze byla naopak spojována s využitím pozitivního myšlení, sebeovládání a rozumové činnosti. Otevření lidé podle autorů více využívají humor při zvládnutí problémů.

Osobnost ale nemusí hrát pouze roli mediátoru mezi prožitými událostmi a vznikem onemocnění. Může být sama o sobě příčinou výskytu životních událostí. Magnus, Diener, Fujita a Pavot (1993) zjistili, že jedinci s vyšší mírou extraverze uvádějí více pozitivních objektivních životních událostí, zatímco respondenti s vyšší úrovní neuroticismu mají tendenci zažívat více negativních objektivních událostí. Vysvětlení může spočívat v tom, že extraverti mohou zažívat více pozitivních interakcí s druhými lidmi. Mohou mít také aktivnější systém odměn, ve kterém jsou pozitivní události více posilující. Neurotici se naopak mohou vyznačovat tendencí reagovat na širší množství podnětů negativním způsobem. Existuje také možnost, že jedinci s různou osobnostní strukturou budou odlišně vypovídat o prožitých událostech. Neurotici mohou častěji uvádět negativní události bez ohledu na jejich skutečný výskyt. Extraverti si spíše budou pamatovat pozitivní události a budou je i častěji uvádět v inventářích (Magnus, Diener, Fujita, & Pavot, 1993).

Vzhledem k nejasnostem při odlišení skutečných událostí od událostí, které jedinec uvádí ve svých výpovědích, zůstává práce uvedených autorů podnětem spíše pro oblast metodologie. Můžeme nicméně předpokládat, že osobnost skutečně do určité míry ovlivňuje jak druh prožitých událostí, tak tendenci vypovídat o nich určitým způsobem při následném měření.

Osobnost nejspíš neovlivňuje pouze reakci na zátěž nebo druh a počet prožívaných událostí, ale může být ve výjimečných případech sama ovlivněna prožitím extrémně stresující

situace. V období nejvýše dvou let od silně děsivého zážitku pozoroval výzkumný tým okolo Löckenhoffa u respondentů zvýšení úrovně neuroticismu, snížení jednoho z aspektů přívětivosti, a sice ochotě ke spolupráci, a snížení otevřenosti k hodnotám. Autoři uvedené studie plánují další prospektivní sledování souboru pro určení, zda jsou zjištěné změny v osobnostní struktuře trvalé či pouze přechodné (Löckenhoff, Terracciano, Patriciu, Eaton, & Costa, 2009).

Souvislostí mezi osobností a nemocí se podrobně zabývá Friedman (2008). Osobnost může podle autora spolu s určitými vzorci chování zvyšovat pravděpodobnost vzniku určitého onemocnění. Z dřívějších výzkumů uvádí například spojitost mezi tzv. chováním typu A a vznikem srdečních onemocnění, ale i jiné důkazy o vztahu mezi určitou osobnostní strukturou a vznikem nemocí. Friedman hovoří o tzv. „osobnosti náchylné k onemocnění“ (*disease prone personality*) a „osobností s tendencí k samovyléčení“ (*self healing personality*). Osobnost může ovlivnit vznik onemocnění například skrze nezdravé životní návyky či tendenci vyhledávat zdraví škodlivé situace. Osobnostní struktura navíc může být sama ovlivněna určitým onemocněním dlouho před tím, než dojde k manifestaci příznaků. V takovém případě bývá někdy onemocnění mylně považováno za důsledek určité osobnostní struktury pacienta (Friedman, 2008). Friedmanova práce ukazuje na značnou komplikovanost vztahu mezi osobností, vnějším prostředím a vznikem onemocnění.

Pro úplnost můžeme ještě doplnit, že určité osobnostní rysy nejspíš ovlivňují subjektivní vnímání vlastního zdraví. Například jedinci s vyšší mírou neuroticismu mohou být více citliví i ke slabším podnětům, obvykle si více všímají vlastního zdraví a mohou častěji uvádět příznaky nemoci bez ohledu na jejich skutečný výskyt (Costa & McCrae, 1992).

Uvedený nástin možných vztahů mezi životními událostmi, osobností jedince a vznikem onemocnění ukazuje na celou řadu potenciálních souvislostí a vícesměrných přímých i nepřímých vazeb, které by ve výzkumu ŽU neměly být opomíjeny. Jedná se však pouze o upozornění na šíři problému bez ambice na bližší vysvětlení vzájemných souvislostí.

## 5. Představy o patofyziologickém působení ŽU na zdraví

V předchozích kapitolách jsme se zabývali vztahem mezi prožitými událostmi a vznikem celé řady onemocnění. Ukázali jsme také, že do tohoto procesu vstupuje značné množství zprostředkujících činitelů na straně jedince i prostředí. Klíčovou otázkou ovšem je, jakým způsobem mohou ŽU zdraví jedince ovlivnit, jinými slovy jaké mechanismy se v tomto procesu uplatňují. Tomuto tématu jsme se částečně věnovali ve třetí kapitole. Z naznačených příspěvků vyplývá, že se u různých onemocnění uplatňují jiné patogenní procesy. Můžeme se rovněž domnívat, že rozdílné události budou působit specifickým způsobem. Ucelenou koncepci působení ŽU na zdraví se nám v prostudované literatuře nepodařilo nalézt. Příspěvků k tomuto tématu je v porovnání s pracemi v jiných oblastech výzkumu ŽU velmi málo. Odborníci nicméně vehementně upozorňují na nutnost věnovat této otázce větší pozornost. V následující kapitole představíme nejčastěji uváděné názory na možné cesty, kterými prožité události ovlivňují naše zdraví. Uvědomujeme si ale, že současný stav poznatků je v této oblasti poněkud limitovaný.

Škoda uvádí různé teoretické modely, které působení ŽU vysvětlují například narušením dosavadní dynamické stability interpersonálních vztahů, které člověk není s to uspokojivě zvládnout, či ztrátou podnětového pole pro posilování dosavadních návyků. Jiný model představuje teorie naučené bezmocnosti (Škoda, 1985).

Jiní autoři uvažují ještě o dalších cestách působení ŽU na zdravotní stav jedince. Hinkle (1974) soudí, že životní události mohou negativně ovlivnit zdraví člověka například tím, že vedou k jeho vystavení určitým patogenním činitelům, jako jsou infekce či různé druhy traumatu. V důsledku působení životních událostí může u člověka dojít také ke změně jeho běžných aktivit a zvyků. Hinkle uvádí jako příklad změnu stravovacích návyků, která může následně vést k zdravotním potížím.

Podle Holmese a Masudy (1974) vyvolávají životní změny u jedince jisté adaptivní úsilí, které při velké intenzitě nebo dlouhé době trvání může vést ke snížení tělesné odolnosti a zvýšení náchylnosti ke vzniku onemocnění.

Jak již bylo zmíněno v kapitole věnované historii zkoumání životních událostí, tato problematika může být zařazena do širšího rámce výzkumu stresu. Při snaze o vysvětlení způsobů působení ŽU na zdraví se často hovoří právě o stresových mechanismech a doprovodných procesech probíhajících v organismu na úrovni psychologické (zde se jedná zejména o reakce v rovině emocionální a kognitivní), fyziologické a behaviorální, přičemž důraz je kladen na interakci mezi organismem a prostředím (Chalmers, 1982). Stresová teorie vzniku nemocí přináší řadu cenných poznatků o fyziologických pochodech v organismu, které

mohou být důsledkem působení vnějších podnětů a příčinou řady tělesných poruch.

V rozdílných přístupech k výzkumu životních událostí se uplatňují různé koncepce stresu. Jednotliví autoři obvykle neformulují explicitně, ze kterých teorií stresu ve své práci vycházejí, nicméně jejich teoretický přístup se obvykle odráží ve způsobu, jakým přistupují k měření životních událostí či konstrukci metod pro jejich zachycení.

Zmapování rozdílných koncepcí stresu používaných ve výzkumu životních událostí se podrobně věnoval například Vossel (1987). Některé klíčové závěry jeho práce si zde stručně představíme. Autor v podstatě rozlišuje biologické pojetí stresu, které původně vychází ze Selyeho představy o nesespecifickém působení zátěže. Rozdílné druhy stresorů mohou podle Selyeho vyvolat stejný soubor specifických tělesných reakcí. Selye se sice zabýval primárně fyzickým stresem, nicméně později doplnil, že fyziologicko-endokrinní stresové reakce mohou být vyvolány i psychogenními podněty. V tomto pojetí jsou fyziologické stresové reakce ovlivněny pouze intenzitou podnětu a nikoli kvalitativními charakteristikami doprovodných emocí. Určitým „prototypem“ biologického pojetí stresu v oblasti životních událostí je podle Vossela práce Holmesa a Raheho, kteří byli přesvědčeni, že zdrojem zátěže je změna jako taková bez ohledu na povahu prožitých situací.

Proti přesvědčení o nesespecifickém působení stresu stojí názor, že klíčovým faktorem v celém procesu je kognitivní zhodnocení stupně zátěže či nežádoucnosti situace, které následně vyvolá emocionální reakce organismu, jejichž důsledkem je fyziologická stresová odpověď (např. Lazarus, 1993). Lazarus (1993) dokonce navrhuje, že stres by měl být zkoumán jako součást širší problematiky, kterou jsou emoce. Oba tyto koncepty pak podléhají procesům kognitivního hodnocení a zvládání zátěže. Teorii hodnocení jakožto kognitivního mediátoru stresových reakcí Lazarus (1993) rozpracoval již v šedesátých letech dvacátého století. Lazarusova psychologická koncepce stresu je považována za klíčovou pro pochopení tohoto fenoménu.

V oblasti životních událostí lze za zástupce psychologické koncepce považovat např. Paykela, dále skupinu autorů okolo Sarasona<sup>6</sup> a další odborníky, kteří jsou přesvědčeni o specifickém působení životních událostí v závislosti na jejich povaze. Stres v tomto pojetí není považován za důsledek změny jako takové, ale vyplývá z negativního hodnocení události jedincem (Vossel, 1987).

Podle přesvědčení autorů o subjektivní či objektivní závažnosti ŽU rozlišuje dále Vossel (1987) přístup psychologický a tzv. sociologicko-epidemiologický. Sociologicko-epidemiologické neboli též normativní přístupy jsou charakteristické pro tzv. situační pojetí

---

<sup>6</sup> O inventáři pro měření ŽU vyvinutém těmito autory bude řeč v následující kapitole.

stresu a snaží se definovat životní události jako vnější stresor působící na jedince.

V tradičním psychosomatickém výzkumu se pozornost autorů soustředila zejména na osobnostní faktory, které mohou jedince predisponovat ke vzniku určitých onemocnění. Podle jedné z psychosomatických teorií je fyzické onemocnění v podstatě substitutem emoční reakce, která je z nějakého důvodu blokována. Teorie somatické nemoci jako reakce na stres představuje v jistém smyslu konkurenční hypotézu, podle které emoční distres sám o sobě vede k poruchám zdraví (Harris, 1989). Zegans (cit. podle Harris, 1989) rozpracoval dokonce sedm variant těchto dvou základních procesů. Za prvé, akutní tělesná reakce vyvolaná působením stresoru může vést k poškození orgánů, a to zejména pokud je zasažený orgán již předem nějakým způsobem oslaben. Jiná situace je, pokud se akutní stresová reakce častěji opakuje. V takovém případě může dojít k trvalému poškození tkání vlivem časté aktivace stresových mechanismů. Třetí varianta nastává v případě, že se stresor v procesu podmiňování spojí s neškodným podnětem a akutní fyziologická reakce se tak stává chronickou. Pokud, za čtvrté, dojde k úspěšnému zvládnutí stresu, fyziologická aktivace doprovázející proces zvládání ještě nějakou dobu přetrvává a může tudíž opět představovat jisté riziko. Pátou variantou je podle Zeganse situace, kdy organismus reaguje i na drobné stresory jako na zásadní ohrožení, a dochází tak k opakovaným abnormálním fyziologickým reakcím. Jiným vysvětlením může být předpoklad, že fyziologické reakce sloužící ke zvládnutí zátěže mohou poškodit některou část těla buď utlumením vitálních procesů, nebo aktivací procesů rušivých. Zvládací strategie se mohou minout účinkem, pokud dojde k utlumení behaviorální, ale nikoli fyziologické reakce organismu. Z uvedeného Zegansova příspěvku můžeme vidět, že spektrum cest, kterými může stres negativně ovlivnit naše zdraví, je opravdu široké.

Podle Leviho (1979) mohou psychosociální podněty ovlivnit celou řadu mechanismů, které lze zařadit do čtyř širších kategorií: mentální procesy (procesy související s činností vyšší nervové soustavy), endokrinní procesy (zejména hypofyzární, adrenální a thyroideální funkce), lymfatické a imunoreaktivní procesy a ostatní fyziologické mechanismy.

Ve výzkumu životních událostí se příliš často nesetkáváme se zachycováním výše uvedených fyziologických pochodů, které mohou být v organismu jedince vyvolány prožitými změnami a které za určitých podmínek mohou vést ke vzniku onemocnění. Výjimkou je například práce Theorella (1974), který zkoumal korelaci mezi prožitými událostmi a vyplavováním katecholaminů v moči pacientů, uvolňováním hormonů adrenalinu a noradrenalinu do krevního řečiště a dalšími fyziologickými změnami. Biochemickými a endokrinními reakcemi organismu v situaci zátěže se zabýval také Rubin (1979) a Rubin a Rahe (1979). Z metodologického hlediska jsou však podobné studie velmi náročné a proto se

ve výzkumu ŽU vyskytují jen velmi zřídka. Při pokusech o vysvětlení působení ŽU na zdraví skrze stresové mechanismy proto autoři častěji využívají dřívějších poznatků k tomuto tématu (např. Levi, 1979; Salleh, 2008 a další).

Vztah mezi prožitou zátěží, reakcemi organismu a poruchami zdraví je nesmírně komplikovaný. Při stresu probíhá v těle celá řada velmi složitých neurohumorálních reakcí, jejichž cílem je zvládnout působící zátěž. Pokud ale stresová reakce trvá příliš dlouho nebo se často opakuje, může dojít vlivem dlouhodobé nadměrné aktivace sympatického a adrenokortikálního systému k poškození tepen a orgánových systémů (Shreiber, 2000). Stres může negativně ovlivnit naše zdraví také tím, že narušuje činnost imunitního systému a tím snižuje obranyschopnost organismu (Křivohlavý, 2001). Souvislost mezi stresem a imunitními funkcemi organismu je sice všeobecně známa, nicméně konkrétní mechanismy stojící v pozadí tohoto vztahu jsou natolik složité, že by jejich představení bylo spíše předmětem odborné medicínské publikace. Uvedenými souvislostmi se podrobně zabývá vědní obor psychoneuroimunologie.

Literatura k tématu stresu je dnes již natolik obsáhlá a snadno dostupná, že nepovažujeme za nutné podávat na tomto místě podrobnější přehled fyziologických stresových reakcí a jejich možných účinků na lidské zdraví. Čtenář s hlubším zájmem o toto téma nepochybně nalezne dostatek informací v nespočetných tuzemských i zahraničních publikacích, které fundovaně popisují problematiku stresu se všemi souvisejícími aspekty.

Pokud jde o vliv stresu na psychické zdraví, existuje široce přijímaná domněnka, že stres se významným způsobem podílí na vzniku negativních emocionálních stavů, a může tak stát například u zrodu deprese, úzkostných poruch a dalších onemocnění v oblasti psychiky (Křivohlavý, 2001). Etiopatogeneze duševních poruch je ovšem rovněž značně komplikovaná a obvykle je vyjádřením složité interakce genetických dispozic a vlivu prostředí (Brostedt & Pedersen, 2003). Podobně jako u somatických poruch zde nejspíš platí, že životní události mohou ovlivnit období nástupu onemocnění, ke kterému měl jedinec určité dispozice, a které se projeví právě v období určitého oslabení organismu (např. Andrews & Tennant, 1978; Brown & Harris, 1989 a další). Životní události mohou vést k negativním afektivním stavům, ovšem konkrétní podoba příznaků nemoci bude nejspíš značně ovlivněna osobnostními a dalšími dispozicemi jedince (Andrews, 1978).

Na závěr můžeme shrnout, že studie vysvětlující způsob, jakým prožité události ovlivňují lidské zdraví, jsou v porovnání s příspěvky k jiným tématům v rámci problematiky ŽU poměrně řídké. Často se uvažuje právě o výše diskutovaném vlivu stresových mechanismů, nicméně práce zkoumající fyziologické změny probíhající v organismu vystavenému



působení životních událostí jsou spíše ojedinělé. V oblasti životních událostí se tak setkáváme spíše s teoretickými modely vysvětlujícími empiricky pozorovaný vztah mezi ŽU a nemocí. Bližší odhalení mechanismů, kterými prožité události vedou ke vzniku onemocnění, zůstává do budoucna jedním z největších úkolů, který na výzkumníky čeká.

## **6. Metodologické aspekty zkoumání životních událostí**

Výzkum životních událostí je z metodologického hlediska velmi náročný a komplikovaný. Pokud chceme blíže porozumět vztahu mezi ŽU a vznikem nemocí, musíme nejprve přesně vymezit zkoumané proměnné a dále být velmi pozorní při výběru a použití nástrojů, kterými budeme tento vztah zkoumat. Metodologické uspořádání výzkumu obvykle vychází z určité teoretické základny. Vzhledem k rozdílnosti teoretických východisek tak ve výzkumu ŽU nepřekvapí značná rozrůzněnost výzkumných plánů. Klíčovou otázkou v této oblasti nicméně je, jaké události a jakým způsobem měřit. Podobně na straně zdravotních výstupů se vědci ptají, jaká kritéria pro stanovení nemoci použít, a jakým způsobem sbírat data o zdravotním stavu jedince. V této kapitole se podrobněji zaměříme na vybrané metodologické aspekty výzkumu ŽU a pokusíme se představit hlavní používané nástroje a způsoby měření náročných událostí.

### **6.1. Nástroje pro měření životních událostí**

Ještě před tím, než je možné vytvořit nástroj pro zachycování a měření prožitých událostí, musíme znát odpověď na výše položenou otázku, jaké události a jakým způsobem chceme zkoumat.

V různých inventářích, které jsou ve výzkumu ŽU nejčastěji používanou metodou pro měření zátěže vyplývající z prožitých situací, se nejčastěji objevují zhruba následující typy událostí běžného života: změny v nukleární rodině, změny v partnerských a sociálních vztazích, události týkající se vzdělání a zaměstnání, dále změny zdravotního stavu, změny finanční situace a další (Škoda, 1985).

Soubor událostí, které jsou ve vztahu ke zdraví sledovány, se v jednotlivých inventářích liší a jejich výběr obvykle závisí na několika faktorech. V první řadě je to zřejmě přesvědčení výzkumníka o tom, které typy událostí mohou být stresující, resp. které charakteristiky ŽU ovlivňují míru vyvolané zátěže. O tomto tématu již byla podrobněji řeč ve čtvrté kapitole, kde jsme představili dva krajní přístupy k této otázce. Prvním z nich je názor, že zdrojem stresu je změna sama o sobě. Podle oponentů tohoto přesvědčení naopak míru zátěže ovlivňují některé kvalitativní charakteristiky ŽU, a to zejména jejich nežádoucnost. Výběr událostí může být dále ovlivněn také účelem výzkumu, charakteristikami cílové skupiny respondentů (události mohou být vybírány například s ohledem na věk dotazovaných), a dalšími faktory.

Kromě výběru událostí je důležitý také způsob, jakým je hodnocena váha těchto událostí ve smyslu jejich potenciálu vyvolat u zasaženého jedince větší či menší míru stresu. Teoretickým východiskem konkrétního zvoleného postupu zde nejspíše bude odpověď na

otázku subjektivního či objektivního působení ŽU a vnímání jejich náročnosti, kterou jsme se rovněž blíže zabývali ve čtvrté kapitole. V podstatě jde o diskuzi, zda lze najít mezi lidmi určitý stupeň shody v posuzování míry zátěže vyvolané událostí, či zda je toto hodnocení zcela odlišné od jedince k jedinci (Chalmers, 1982). Odpověď na tuto otázku určuje, zda bude při konstrukci nástroje pro měření ŽU přiřazena všem událostem určitá hodnota vyjadřující míru jejich náročnosti (jako je tomu například u Škály sociální readjustace Holmese a Raheho, 1967), či zda bude mít respondent prostor vyjádřit subjektivně míru zátěže vyvolané událostí (např. Výzkum životní zkušenosti, Sarason, Johnson, & Siegel, 1978).

Po stručném připomenutí některých teoretických východisek, které ovlivňují konstrukci a použití nástrojů pro měření životních událostí, si zde některé z těchto metod ve zkratce představíme.

#### 6.1.1. *Inventáře životních událostí*

Prvním pokusem o kvantitativní zachycení zátěže plynoucí z prožitých událostí je Škála sociální readjustace (***Social Readjustment Rating Scale*** - SRRS) Holmese a Raheho (1967). Vývoj i konstrukci této škály jsme podrobněji popsali v kapitole věnované historii výzkumu ŽU. Zde jen stručně připomeneme, že tato škála obsahuje celkem 43 položek seřazených podle nároků na adaptaci. Součtem skóre přiřazených jednotlivým položkám (LCU – *life change unit* neboli jednotka životní změny) dostáváme celkovou hodnotu životní změny, která podle autorů určuje míru rizika vzniku onemocnění. Obvykle jsou sledovány události v uplynulých 1-2 letech. Škála je určena pro dospělou populaci.

Určitým předchůdcem Škály sociální readjustace je Inventář nedávných zkušeností (***Schedule of Recent Experience*** - SRE), rovněž vytvořený Holmesem a Rahem v roce 1967 (Holmes & Masuda, 1974). Jednotlivé položky jsou identické jako u Škály sociální readjustace, nicméně chybí zde diferenciální váha těchto položek podle stupně životní změny. Škála je opět určena pro dospělou populaci.

Práce Holmese a Raheho byla podnětem pro další rozvoj výzkumu životních událostí. V následujících letech po uveřejnění Škály sociální readjustace vznikají desítky inventářů pro zachycení ŽU, které v některých případech vycházejí z přístupu uvedených autorů, jindy jsou lehce modifikovány či přizpůsobeny potřebám výzkumníka, a někdy se naopak zcela vymezují vůči východiskům Holmese a Raheho a nabízejí vlastní stanoviska.

Mezi další nástroje pro měření životních událostí patří Antonovského škála s názvem Historie životních krizí (***Life Crisis History***), která obsahuje celkem 20 položek pokrývajících různé aspekty života. Skórovací systém u této metody je poněkud složitý, kromě počtu a závažnosti ŽU se zohledňuje ještě věk respondenta v době prožití události a časové shluky ŽU

(Antonovsky, 1974).

V roce 1978 přicházejí autoři Sarason, Johnson a Siegelová s inventářem nazvaným Výzkum životní zkušenosti (*Life Experience Survey* - LES). Tato metoda obsahuje celkem 57 událostí rozdělených do dvou oblastí. První z nich je všeobecná a zahrnuje 47 otázek, druhá část s deseti otázkami je navržena pro studenty, nicméně může být upravena i pro jiné populace respondentů. Úkolem probanda je označit prožité události a určit na sedmibodové škále velikost a valenci prožité změny (Sarason, Johnson & Siegel, 1978).

Ve stejné době představují Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy a Dohrenwend (1978) škálu životních událostí PERI (*Psychiatric Epidemiology Research Interview*), která obsahuje celkem 102 položek z jedenácti oblastí života. Autoři požádali tři nezávislé skupiny respondentů o hodnocení jednotlivých událostí z hlediska míry adaptace, kterou vyžadují. Výsledný skór tedy indikuje celkovou míru přizpůsobení. Inventář je určen pro dospělou populaci.

Novější metodou je Kalendář životní historie ( *Life History Calendar*) autorů Caspiho, Moffitta, Thorntona, Freedmana et al. (1996). Nástroj obsahuje vizuální vodítka pro snadnější hodnocení, zjišťuje shluky událostí a jejich sekvence. Zároveň je zde zohledněn kontext, ve kterém se události vyskytly. Tato metoda ovšem vzhledem ke snaze zachytit dynamiku životního běhu nezapadá zcela do našeho rámce nedávných životních zkušeností.

Z našich metod uveďme **Inventář životních událostí adolescence** – IŽUA autorů Břicháčka a Vojtíka (1985).

Inventářů pro měření životních událostí existuje celá řada. Výše uvedené metody jsme vybrali pouze pro ilustraci rozdílných podob těchto nástrojů. Poměrně rozsáhlý seznam inventářů ŽU včetně jejich stručného popisu uvádí Škoda (1985).

Inventáře životních událostí jsou zřejmě nejrozšířenější metodou pro měření předpokládaného stresu plynoucího z vnějších zkušeností a situací, kterými jedinec prochází. Jejich použití je jednoduché a výsledky dosahují zajímavých korelací se změnami zdravotního stavu. Přesto však tyto metody trpí značnými nedostatky, které mohou negativně ovlivnit jejich validitu i reliabilitu a silně tak ztěžují interpretaci výsledků.

Jedno z hlavních metodologických úskalí představuje výše diskutovaný způsob přiřazování vah jednotlivým událostem. Obvyklým postupem je vytvoření průměru z hodnot prisouzených událostem vzorkem respondentů. Tento přístup ale předpokládá minimální interindividuální rozdíly ve vnímání ŽU. Při nesplnění tohoto předpokladu pak statisticky vytvořené průměrné skóry nemusí v individuálních případech odpovídat skutečné závažnosti prožitých událostí. Tento problém do jisté míry řeší přístupy, které nechávají posouzení

závažnosti jednotlivých událostí na respondentovi, nicméně zde může představovat určitou potíž například změna vnímání náročnosti ŽU podle jejich vzdálenosti v čase (Horowitz, Schaeffer, Hitoro, Wilner, & Levin, 1977).

Jinou námitkou vůči inventářům životních událostí je možná záměna sledovaných proměnných. Řada autorů upozorňuje na nebezpečí zahrnutí již existujících symptomů nemoci mezi seznam potenciálně stresujících událostí, což může vést k nalezení falešně pozitivního vztahu mezi životními událostmi a vznikem onemocnění (například Thoits, 1981; Dohrenwend, Dohrenwend, Dodson, & Shrout, 1984). Podobný problém by mohly představovat události, které jsou důsledkem a nikoli příčinou onemocnění. Andrews a Tennant (1978) se o této problematice zmiňují v souvislosti s neurotickými poruchami. Pro minimalizaci rizika nalezení falešně pozitivní korelace je v tomto případě nutné odlišit časový počátek nemoci a období výskytu ŽU.

Dalším úskalím může být značná variabilita událostí, které jsou v jednotlivých inventářích zahrnuty do společných kategorií (například svatba či úmrtí blízkého přítele). Míra závažnosti událostí uváděných jednotlivými respondenty v daných kategoriích se může diametrálně lišit. Úmrtí dávného kamaráda z dětství má bezesporu odlišný dopad na jedince než tragická smrt blízkého přítele, nicméně obě tyto události mohou spadat do společné kategorie s jednotnou hodnotou zátěže. Celkový skóre udávající míru kumulovaného stresu stanovený podle položek označených respondentem tak může být dosti zkreslený (Dohrenwend, 2006).

Kategorie obsažené v inventářích navíc nemusí zcela odpovídat zkušenostem probanda. Určité klíčové události zde například mohou chybět. Tento nedostatek řeší některé seznamy vymezením speciálního prostoru pro doplnění dalších ŽU, které respondent zažil, ale které nejsou obsaženy v dotazníku (např. Výzkum životní zkušenosti).

Vidíme, že inventáře životních událostí jsou nástrojem, který sice umožňuje získat cenné poznatky o úrovni prožité zátěže, ale který s sebou současně nese četná rizika zkreslení. Odborníci nicméně od počátku věnují diskutovaným problémům značnou pozornost a vyvíjí úsilí k jejich odstranění. S pokračujícím výzkumem a přibývajícimi poznatky se tak zdokonalují i psychometrické vlastnosti používaných nástrojů a dosažené výsledky, doufejme, čím dál lépe odráží reálnou situaci.

#### *6.1.2. Kontextuální přístup*

Inventáře životních událostí mají svou tradici zejména ve Spojených státech, kde jsou v podstatě převládajícím způsobem sběru dat o prožitých situacích a minulých zkušenostech jedince (myšleno v rámci výzkumu v oblasti ŽU). Určitou alternativu k těmto přístupům

představují nástroje založené na hlubším porozumění významu prožité události pro respondenta. Příkladem takové metody je Seznam životních událostí a těžkostí (*Life Events and Difficulties Schedule* – LEDS) výzkumného týmu Browna a Harrise. Tvůrci tohoto nástroje vycházejí z konceptu specifického působení ŽU. Předpokládají, že konkrétní události mohou vést ke konkrétním druhům onemocnění. Pro bližší pochopení etiologie nemocí je nezbytné znát význam, který má daná událost pro respondenta. Smysl události je značně ovlivněn kontextem výskytu a sám dále silně ovlivňuje reakce probanda, které mají souvislost s případným onemocněním. Metoda LEDS obsahuje celkem 40 typů událostí, u nichž existuje pravděpodobnost, že u respondenta vyvolají silnou emocionální odezvu jakéhokoli druhu (Brown, 1989). Konstrukce dotazníku LEDS je poměrně složitá. Detailní popis metody i zkušenosti s jejím použitím můžeme nalézt v publikaci *Životní události a onemocnění (Life Events and Illness)* z roku 1989, jejímiž editory jsou Brown a Harris.

Základem metody je podrobné dotazování, které má respondentovi umožnit rekonstruovat posloupnost prožitých událostí a zmapovat okolnosti výskytu ŽU. Někdy je též možné získávat potřebné informace i od blízkých osob či využít různých dokumentů. Cílem je sledovat prožité události prostřednictvím vyprávění probanda s důrazem na zachycení počátku i konce dění. Jednotlivé události jsou poté na základě získaných kontextuálních informací hodnoceny skupinou „slepých“ odborníků z hlediska jejich hrozby pro budoucí plány a jistoty jedince. Míra ohrožení podle autorů ovlivňuje smysl události pro jedince a potažmo jeho reakce na tuto situaci (Brown, 1989).

Metoda sběru dat LEDS je oproti běžným inventářům časově dosti náročná, nicméně představuje individuální přístup k životním příběhům respondentů a umožňuje bližší pochopení významu událostí pro sledované jedince.

## **6.2. Typy výzkumných plánů**

Ve výzkumu životních událostí se setkáváme s různými typy epidemiologických studií. Volba výzkumného plánu záleží na cíli studie, vnějších podmínkách a okolnostech a celé řadě dalších faktorů. Každý typ studie přitom má svoje výhody i nevýhody, které mohou ovlivnit platnost dosažených výsledků. V následující části si stručně představíme nejčastěji používané plány ve výzkumu ŽU.

Holmes je příkladem vědce, který v průběhu několika desetiletí prošel ve své práci celou řadou výzkumných designů od kazuistických rozborů a experimentů až k široce založeným prospektivním studiím (Škoda, 1985). Experiment je ale z etického hlediska velmi spornou metodou, a to zejména v oblasti sledující škodlivý účinek vnější zátěže na zdraví. Z tohoto důvodu se také ve výzkumu ŽU až na výjimky v podstatě nevyskytuje (návrh eticky

přijatelných experimentů předkládá např. Kagan, 1979). Velmi časté jsou ovšem korelační studie (např. Cohen & Hoberman, 1983; Gersten, Langner, Eisenberg, & Orzek, 1974; Markush & Favero, 1974; Theorell, 1974 a další) a dále studie typu případ – kontrola (např. Hudgens, 1974; Paykel, 1974; Peled, Carmil, Sibony Samocha, & Soham-Vardi, 2008). Složitějším případem jsou snahy o vytvoření predikčních modelů, které kromě prožitých událostí zahrnují další nezávisle proměnné (obvykle se jedná o různé osobnostní charakteristiky či potenciálně protektivní faktory tlumící působení ŽU). Cílem je odhadnout vliv těchto proměnných na zdravotní stav jedince s důrazem na jejich vzájemnou interakci (např. Hirsh, Wolford, LaLond, Brunk, & Parker-Morris, 2009; Kapçı & Cramer, 2000; Spence, Sheffield, & Donovan, 2000 a další).

Podle časového hlediska můžeme rozdělit výzkumné plány na retrospektivní a prospektivní. V raných obdobích výzkumu na poli ŽU silně převládal retrospektivní design studií (např. Hinkle, 1974; Holmes & Masuda, 1974; Theorell, 1974; Rahe, 1979 a další), který byl ovšem již od počátku kritizován pro celou řadu nedostatků. Prvním z nich je riziko nepřesného vybavování minulých událostí i zkresleného hodnocení jejich závažnosti (Chalmers, 1982). Dále mohou být výsledky studií ovlivněny tendencí jedince špatně interpretovat minulé zkušenosti ve světle aktuálních informací o vlastním onemocnění. Proband si může při zpětném hodnocení vykládat určité události jako příčinu své současné nemoci, i když by si jich pravděpodobně nemusel vůbec všimnout, pokud by k výskytu této nemoci nedošlo nebo pokud by ho výzkumník svým zájmem o jeho minulé zkušenosti na tuto souvislost určitým způsobem neupozornil. Tento druh zkreslení bývá někdy nazýván přímou kontaminací (Brown, 1974). Retrospektivní výzkumy jsou v oblasti ŽU dodnes velmi často používaným nástrojem.

S uvedenými a dalšími nedostatky retrospektivních studií se do značné míry vyrovnávají prospektivní výzkumy (např. Hudgens, 1974; Michael et al., 2009; Myers, Lindenthal, & Pepper, 1974; Rahe, 1979; a další). Nicméně také zde nacházíme četné zdroje nepřesností. Určitá událost považovaná za příčinu nemoci ve skutečnosti vůbec nemusí mít vztah ke vzniku tohoto onemocnění. Obě sledované proměnné mohou být ovlivněny dalším společným faktorem, který mění jejich hodnoty. Tento druh zkreslení Brown označuje jako nepřímou kontaminaci (Brown, 1974).

Není to ovšem pouze design výzkumu či konstrukce inventářů, které mohou vést k nepřesnostem a zkreslení výsledků. Důležitou fází je také statistické zpracování získaných dat a jejich správná interpretace. Cílem studií v oblasti ŽU je obvykle možnost predikce zdravotního stavu na základě údajů o prožitých událostech. Vztah mezi těmito dvěma

proměnnými a případně jednou či více intervenujícími proměnnými, je tak centrálním předmětem zájmu. Při interpretaci nálezů se však odborníci často dopouštějí chyb, když se pouze na základě výsledků korelačních studií pokoušejí potvrdit hypotézu o kauzálním vztahu mezi sledovanými proměnnými. Pozitivní korelace může být dána působením třetího činitele, který současně ovlivňuje závisle i nezávisle proměnnou (Brown, 1974). Tímto činitelem by mohl být například životní styl jedince, který může stát jak za vyšší nemocností, tak za častějším výskytem ŽU (Škoda, 1985).

Vědci se (zejména v časnějších fázích výzkumu) dopouštěli možných chyb také tím, že tzv. „statisticky významné“ výsledky používali k popisu skutečného vztahu mezi životními událostmi a vznikem nemoci. Samotný údaj o statistické významnosti daného zjištění ale v podstatě říká pouze to, že tohoto výsledku nebylo dosaženo pouhou náhodou a že v případě zopakování studie dospějeme s určitou pravděpodobností k podobným závěrům (Chalmers, 1982). Koncept statistické významnosti sám o sobě ovšem nenapomáhá k lepšímu pochopení sledovaného jevu ani k bližšímu porozumění danému jedinci. Ve výzkumu ŽU tedy nestačí pouze předkládat signifikantní výsledky statistických studií, ale je potřeba zaměřit se i na dosud nevysvětlenou variabilitu obsaženou v dynamice vzniku nemoci (Chalmers, 1982).

Můžeme vidět, že výzkum v oblasti ŽU se potýká s celou řadou metodologických problémů a překážek. Autoři si nicméně dobře uvědomují obtížnost zvoleného úkolu. S pokračujícím výzkumem tak můžeme vidět snahu o eliminaci alespoň nejzávažnějších zdrojů možného zkreslení a také určitou opatrnost při interpretaci nálezů. Dále jsme svědky využití čím dál sofistikovanějších statistických procedur. Do budoucna tak můžeme doufat v další zpřesňování nálezů a v postupně se zlepšující porozumění samotné podstatě vztahu mezi životními událostmi a vznikem nemoci.

### **6.3. Hodnocení zdravotního stavu**

Další významný metodologický problém ve výzkumu ŽU představují nedostačující definice nemoci (Minter & Kimball, 1978).

Pokud jde o somatická onemocnění, výzkumníci obvykle používají k hodnocení zdravotního stavu lékařské záznamy nebo se spoléhají subjektivní výpovědi jedince. Jsou-li do studií zahrnuti pouze jedinci, kteří vyhledají lékařskou péči, existuje riziko, že zjištěné výsledky budou odrážet spíše tendenci probanda reagovat senzitivně na fyzické neduhy, než skutečnou úroveň příznaků (Minter & Kimball, 1978).

O problematice tzv. *illness behavior* již byla řeč v předchozích kapitolách, toto téma je však klíčové právě z hlediska metodologického. Podle Burstena (cit. dle Minter & Kimball, 1978) existuje několik možných cest, kterými mohou životní události jedince přimět k



návštěvě lékaře. V první řadě si člověk může ve fázi zvýšeného napětí poprvé uvědomit již existující symptomy. Dále může zátěž vést k rizikovému chování, které následně vyvolá onemocnění. Určitým únikem ze stresové situace může být stylizace do role nemocného. A nakonec může být návštěva lékaře reakcí na samotné onemocnění.

Vidíme tedy, že využití lékařských záznamů s sebou nese riziko, že ve skutečnosti budeme měřit úplně jiné charakteristiky respondenta než jeho zdravotní stav. Zároveň se do souboru nedostanou jedinci, kteří sice trpí příznaky nemoci, ale nevyhledají lékařskou pomoc.

Pokud se rozhodneme využít subjektivního hodnocení zdravotního stavu probandem, musíme rovněž počítat s určitou diskrepancí oproti skutečnému stavu. Costa & McCrae (1992) například upozorňují na roli osobnostních faktorů ve vnímání nemoci. Zejména vyšší hodnoty neuroticismu jsou spojovány s tendencí přeceňovat příznaky nemoci a více si všímat vlastního zdravotního stavu. Takoví jedinci budou tedy citlivě reagovat i na slabé podněty a budou zřejmě uvádět celkově více symptomů. Kontrola osobnostních proměnných je podle Costy a McCrae klíčová pro eliminaci falešně pozitivních případů nemoci.

Autoři Minter a Kimball (1978) doporučují využívat exaktní diagnostická kritéria, jako jsou například údaje z rentgenového vyšetření, sérologické odběry a další klinické a laboratorní metody. Tento požadavek je ale z pochopitelných důvodů u velké části studií obtížně splnitelný.

Ve výzkumech zaměřených na vztah ŽU a psychických poruch je obvykle využíváno celé spektrum nástrojů psychologické diagnostiky. V této oblasti je tedy potřeba dbát na pečlivý a zodpovědný výběr metod s odpovídajícími psychometrickými charakteristikami, které jsou relevantní v dané situaci. Dále je nezbytné zajistit odpovídající interpretaci výsledků vyškoleným odborníkem. I v této oblasti existuje celá řada rizik, že získané informace budou určitým způsobem zkreslené.

Všechny vyjmenované problémy mohou přispívat ke snížené validitě i reliabilitě výzkumů. Uvedli jsme zde pouze nejčastěji diskutované nedostatky prováděných studií, nicméně potenciálních zdrojů zkreslení může být mnohem více. V této části jsme se snažili ukázat, že dosažení základního požadavku ve výzkumu ŽU, a sice přesného vymezení sledovaných proměnných spolu s volbou vhodných nástrojů k jejich měření, může být v praxi velmi komplikované.

## 7. Dosud neujasněné otázky

Předposlední kapitolu naší práce bychom rádi věnovali stručnému představení vybraných otázek z oblasti výzkumu ŽU, ke kterým jsme se v předchozí části práce nedostali a která jsou podle našeho názoru velmi důležitá jak pro bližší objasnění vztahu mezi životními událostmi a vznikem onemocnění, tak i pro lepší pochopení úlohy, jakou mohou ŽU v životě člověka hrát.

### 7.1. Otázka specifického vs. nespecifického působení životních událostí

Zatímco někteří autoři jsou přesvědčeni o nespecifickém vlivu životních událostí na zdraví jedince, jinými slovy podle nich nejsou určité stresory spojeny se vznikem specifických duševních či tělesných onemocnění, setkáváme se ve výzkumu ŽU i s názorem opačným.

Například Brown (1989) se domnívá, že emocionální význam prožité události může určovat typ onemocnění, které se v návaznosti na tuto zkušenost případně rozvine. Určité kategorie událostí mohou být provokujícím činitelem pro vznik konkrétních poruch.

Vztah specifických zážitků ke konkrétním nemocem je přitom zřetelnější u psychických onemocnění. Například události, které představují pro jedince ztrátu, se například často pojí s výskytem deprese. Nebezpečné situace mohou naopak vyvolávat úzkost. U somatických nemocí je problém komplikovanější a je potřeba zohlednit celou řadu intervenujících proměnných (Harris, 1989).

Specifickým působením životních událostí se podrobně zabývá publikace *Životní události a nemoc (Life Events and Illness)* z roku 1989, jejímiž editory jsou Brown a Harris. Základní myšlenkou uvedené publikace je, že při vzniku nemoci hraje roli jak vulnerabilita jedince (určená genetickými i psychosociálními charakteristikami), tak vnější provokující činitel v podobě životních událostí. Klíčovým prvkem v celém procesu je význam události pro jedince. Kognitivně emocionální zhodnocení situace vyvolává paralelní fyziologickou a neuroendokrinní odezvu, která nakonec vyústí ve specifické onemocnění. Vnitřní predispozice k určité nemoci se mohou aktualizovat skrze vhodnou událost (Brown, 1989).

### 7.2. Míra rizika

Odborníci se v podstatě od počátku výzkumu životních událostí ptají, jaké je riziko, že jedinec v důsledku ŽU onemocní. Přestože dnes již můžeme celkem spolehlivě říci, že určitá souvislost mezi životními změnami a vznikem nemocí existuje, síla tohoto vztahu je obvykle spíše mírná a navíc se výsledky různých studií značně liší. Podle Chalmerse (1982) se v jednotlivých výzkumech podíl vysvětlené variability závisle proměnné pohybuje od 1 do 25 procent. U duševních poruch je dle Škody (1985) tento údaj přibližně 10 procent. Spolehlivě

určit míru rizika je vzhledem k značnému počtu intervenujících proměnných, obtížím při vymezování nemocí i samotných událostí, a celkové metodologické náročnosti výzkumu v podstatě nemožné. Podle Dohrenwendových by mohly k bližšímu objasnění této otázky vést prospektivní studie kohort, které by se lišily právě z hlediska prožitých událostí (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974c).

### **7.3. Rozdíly mezi muži a ženami**

Hatch a Dohrenwend (2007) na základě studia několika desítek výzkumných prací k tématu ŽU zjistili, že muži a ženy se obvykle neliší v celkové míře prožitých událostí. Existují nicméně jisté rozdíly v typu zažívaných změn související s genderovými odlišnostmi a sociálními rolemi. Muži například zažívají větší počet traumatických událostí.

Podle Kendlera, Thorntona a Prescottta (2001) ženy uvádějí větší počet událostí týkajících se interpersonálních vazeb, zatímco muži spíše události pracovního typu. Ve vztahu k výskytu deprese ale autoři neprokázali rozdílný vliv počtu ani subjektivního prožívání událostí mezi pohlavími.

Vzhledem k určité pravděpodobnosti, že muži i ženy budou zažívat poněkud odlišné události v průběhu svého života, a budou nejspíš tyto zkušenosti i jinak vnímat a jinak o nich vypovídat navenek, by zřejmě bylo užitečné blíže zmapovat jejich hodnocení a prožívání těchto změn a také případné rozdíly v patogenním působení ŽU dle pohlaví.

## 8. Kritické zhodnocení představených poznatků

V předchozích kapitolách jsme se věnovali představení klíčových poznatků z oblasti zkoumání životních událostí jako významné psychosociální determinanty lidského zdraví.

Přestože se v průběhu zkoumání tohoto fenoménu nepochybně podařilo nashromáždit velmi cenné a prakticky využitelné poznatky, potýká se tento obor i s četnými problémy.

V následující části bychom rádi stručně představili některé výhrady a připomínky, ke kterým jsme v průběhu shromažďování materiálů a psaní textu dospěli. Cílem této kapitoly není jakkoli znehodnotit platnost informací uvedených v předložené práci, ale spíše poskytnout náměty k přemýšlení a inspiraci pro další výzkumy a odborné studie zvoleného tématu. Podrobná konstruktivní kritika sledované problematiky by si vyžádala samostatné pojednání, v této kapitole proto spíše upozorníme na některé problematické aspekty výzkumu ŽU.

Naše kritika směřuje v první řadě do oblasti metodologické. Jak jsme naznačili v šesté kapitole, uvedená problematika je z metodologického hlediska velmi komplikovaná. Nedostatky v měření sledovaných proměnných i značný časový odstup mezi výskytem ŽU a případným nástupem nemoci mohou značně zkreslit výsledky výzkumů. Mnoho ze zveřejňovaných poznatků tak v podstatě nemusí odrážet realitu a může vést k nadhodnocení či naopak opomenutí sledovaných souvislostí. Kritická revize dosavadních studií z hlediska použité metodologie a vyloučení pseudopoznatků by přispěla k přesnější představě o síle sledovaného vztahu. Rovněž v oblasti ŽU postrádáme výzkumy velkých reprezentativních vzorků populace, které by vedly k lépe zobecnitelným závěrům.

Druhým nedostatkem, který v oblasti ŽU vnímáme, je absence ucelené koncepce působení ŽU na zdraví. Obor působí spíše jako celek různorodých částí než jako ucelená disciplína. Pokus o syntézu poznatků uveřejněných v odborných studiích by byl nepochybně přínosným, i když zároveň velmi odvážným, počinem. Žádoucí by rovněž bylo bližší porozumění mechanismům stojícím v pozadí vztahu ŽU - nemoc.

Další výtky se týká propojení získaných teoretických poznatků s praxí. Podle našeho názoru ve sledované oblasti nejsou zjištěné závěry dostatečně využívány v rámci prevence nemocí u lidí ohrožených výskytem ŽU. Vyvozování praktických preventivních a terapeutických opatření z výsledků odborných studií by ještě zvýšilo užitečnost oboru. Postrádáme také studie věnované cíleně technikám zvládání ŽU a možnostem předcházení negativním zdravotním důsledkům těchto změn.

Uvedené výtky z větší části vyplývají ze samotné podstaty studovaného tématu a jejich kompletní odstranění je stěží možné. Do budoucna snad můžeme díky přibývajícím

poznatkům i stále lepším možnostem diagnostiky doufat v minimalizaci naznačených nedostatků.

Nemusíme zdůrazňovat, že i přes všechna úskalí a problémy zůstává oblast životních událostí cenným zdrojem poznatků o vztahu mezi vnějšími faktory v podobě prožitých změn a zdravotním stavem jedince.

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

## 1. Výzkumné otázky

V předchozí části práce jsme se zabývali vztahem mezi událostmi, které člověk ve svém životě zažívá, a změnami zdravotního stavu, které se mohou objevit jako následek těchto událostí. Představili jsme některá teoretická východiska, která se pokoušejí tento vztah vysvětlit, a také jsme upozornili na značnou komplikovanost celé problematiky s důrazem na četné intervenující proměnné, které se ve sledovaném procesu uplatňují. I přes přetrvávající nejasnosti ale existuje úctyhodné množství výzkumných prací, kterým se podařilo souvislost mezi ŽU a vznikem onemocnění ve větší či menší míře empiricky prokázat.

V následující části práce se pokusíme na vlastním vzorku potvrdit závěry dosavadních studií o pozitivní korelaci mezi výskytem ŽU a zhoršením zdravotního stavu. Vzhledem ke značnému rozsahu této problematiky ale musíme zúžit náš zájem jen na určitou oblast zdravotní kondice jedince. Rozhodli jsme se tedy sledovat souvislost mezi výskytem ŽU a úrovní psychického distresu, resp. zhoršením duševního zdraví.

Pro zjišťování duševního zdraví budeme používat subjektivní hodnocení míry příznaků jedincem. Musíme si přitom uvědomit, že toto hodnocení může být ovlivněno celou řadou faktorů a nemusí vždy spolehlivě odrážet skutečný stav. Costa & McCrae (1992) například uvádějí, že hlavními faktory, které ovlivňují vnímání vlastního zdraví jedincem, je jednak objektivní zdravotní stav, a dále úroveň neuroticismu. Respondenti mohou uvádět různé příznaky buď proto, že je skutečně mají, nebo proto, že jsou nadměrně citliví vůči různým vjemům či trpí zvýšenými obavami o své zdraví. Autoři tak doporučují ve všech studiích založených na subjektivní výpovědi o vlastním zdraví kontrolovat zároveň úroveň neuroticismu u respondentů za účelem detekce falešně pozitivních případů onemocnění. V naší práci nebudeme vyvozovat závěry o skutečném zdravotním stavu respondentů, ale budeme pracovat se subjektivním hodnocením tohoto stavu s vědomím, že mezi vlastní výpovědí a skutečným stavem může být určitá diskrepance.

V kapitole věnované metodologickým problémům při zkoumání vlivu ŽU na zdraví jsme se zmínili o nutnosti přesného vymezení nemoci. Toto vymezení však v praxi vůbec není snadné. Většina nemocí se rozvíjí postupně a je proto velmi obtížné stanovit hranici mezi normálním stavem a poruchou. Obvykle se pohybujeme po určitém kontinuu. V naší práci jsme se s tímto problémem vypořádali do určité míry volbou takové metody pro zachycení duševního zdraví, která porovnává úroveň současných příznaků s obvyklým stavem jedince, a spíše než absolutní úroveň symptomů měří negativní změny zdravotního stavu. Budeme tedy sledovat nikoli odchylky od všeobecné normy, ale odchylky od normy individuální. Tímto způsobem se pokusíme zjistit, zda výskyt životních událostí vede k negativním změnám

v oblasti duševního zdraví.

Účinek ŽU na zdraví je modifikován celou řadou intervenujících proměnných, které do tohoto procesu vstupují. Protektivní vliv mnoha psychických vlastností, jako je například duševní odolnost, schopnost zvládání stresu (*coping skills*), lokalizace kontroly či odolnost v pojetí *hardiness*, byl již ve vztahu k ŽU několikrát prokázán dosavadními výzkumy. V naší práci se soustředíme na poměrně nový koncept psychické flexibility jakožto ochoty jedince akceptovat své vnitřní prožitky, byť i nepříjemné, v rámci sledování vlastních cílů a dosahování hodnot (Bond, Hayes, Baer, Carmenter, Orcutt, Waltz et al, n. d.). Podrobnější popis tohoto konstruktů uvádíme v kapitole 4.3.1. Jedním z dílčích cílů práce tak bude zmapovat roli této proměnné v procesu působení ŽU na zdraví.

Osobnost jedince zřejmě působí ve vztahu ke zdravotnímu stavu několikařím způsobem, jak jsme ukázali ve čtvrté kapitole. Některé osobnostní charakteristiky mohou pomáhat lepšímu zvládání zátěže a tlumit tak její negativní účinky na zdraví. Naopak jiné vlastnosti činí jedince zranitelnějším vůči působícímu stresu. Osobnost dále ovlivňuje vnímání zdravotního stavu nebo může jedince predisponovat ke vzniku některých onemocnění například skrze určité vzorce chování. Celá situace je tak velmi komplikovaná a jednotlivé působící faktory jsou mezi sebou značně provázané. Důležitým dílčím cílem naší práce bude pokusit se vytvořit predikční model zdravotního stavu, kde budou zohledněny jak vnější faktory v podobě prožitých událostí, tak i osobnostní charakteristiky jedince. Pokusíme se odhadnout, jaké proměnné se na vnímání zdravotního stavu nejsilněji podílejí. Jsme si přitom vědomi toho, že tento model je určen právě pro predikci vnímání vlastního zdraví, které nemusí plně korespondovat s objektivní skutečností. Subjektivně hodnocený zdravotní stav může, jak již bylo řečeno, odrážet kromě skutečné situace i některé osobnostní charakteristiky jedince, které toto vnímání mohou značným způsobem modifikovat.

Pro přehlednost nyní uvádíme shrnutí základních výzkumných otázek empirické části předložené práce ve formě předpokladů, které se pokusíme následně ověřit:

- Výskyt životních událostí může souviset s negativními změnami psychického zdraví jedince. Předpokládáme, že **respondenti s větším počtem prožitých událostí budou ve vyšší míře vykazovat negativní změny zdraví** (jinými slovy budou dosahovat vyššího skóre v použitém dotazníku pro hodnocení celkového zdravotního stavu).
- S rostoucí úrovní psychické flexibility se může zlepšovat schopnost zvládání zátěže plynoucí z prožitých událostí. Tato vlastnost tak může tlumit potenciální negativní zdravotní důsledky ŽU. **Jedinci s vyšší mírou flexibility budou při srovnatelném počtu prožitých událostí a z nich vyplývajících zátěže vykazovat lepší zdravotní stav**, respektive méně nežádoucích zdravotních změn. Zároveň předpokládáme, že psychická flexibilita může sama o sobě souviset s lepším hodnocením zdravotního stavu jedincem.
- Na zdraví člověka se podílejí prožité události i osobnostní a demografické charakteristiky jedince. Odhalení činitelů s největším vlivem bude naším dalším úkolem. Pokusíme se vytvořit **model pro predikci zdravotního stavu** se zařazením uvedených proměnných.

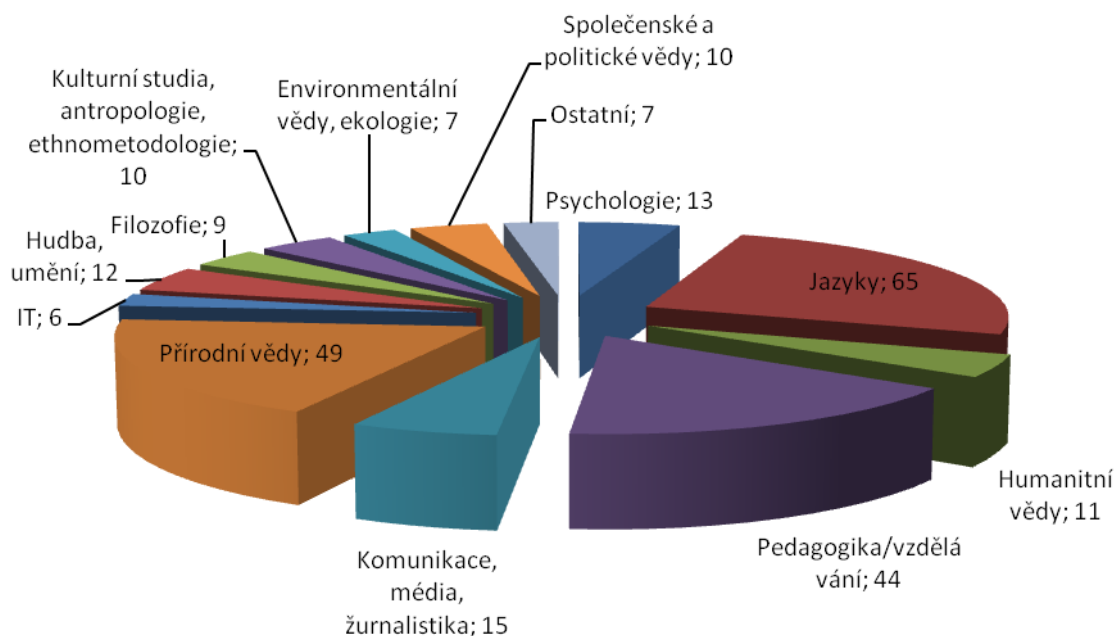


## **2. Metoda**

### **2.1. Vzorek a sběr dat**

Náš vzorek tvoří celkem 258 respondentů. Jedná se o studenty Univerzity v Jyväskylä ve Finsku. Volba vzorku vyplývala z nápadu uskutečnit výzkum v rámci studijního programu Erasmus, který se jevil jako ideální příležitost pro podobný projekt. Vedení univerzity a zejména zástupci katedry psychologie projevili k šetření velmi pozitivní vztah a svojí ochotou ke spolupráci maximálně přispěli k hladkému průběhu této části výzkumu. Jednou ze základních podmínek uskutečnění studie bylo respektování autorských práv vztahujících se k použitým metodám. Po doložení splnění tohoto předpokladu určila škola vedoucího katedry psychologie garantem výzkumu a ten poté převzal nad projektem záštitu. V následné emailové komunikaci určené studentům figurovalo jeho jméno jako důkaz věrohodnosti výzkumu, což podle našeho názoru přispělo k poměrně velké návratnosti dotazníků. Samotný sběr dat byl již plně v naší kompetenci. Přístup vedení fakulty i katedry byl velmi vstřícný, což podstatně usnadnilo orientaci v cizím prostředí, naplnění všech formálních povinností a úspěšnou realizaci výzkumu.

Z celkového počtu 258 respondentů je 63 mužů a 195 žen. Průměrný věk souboru činí 24,6 let, nejmladšímu respondentovi bylo v době sběru dat 19 a nejstaršímu 50 let. Národnostní složení vzorku je homogenní, všichni účastníci jsou Finové. V rámci naší studie jsme oslovili i zahraniční studenty. Míra návratnosti dotazníků ale byla u této skupiny natolik nízká, že jsme se rozhodli jejich odpovědi do výzkumu nezařadit. Rozložení vzorku z hlediska studovaného oboru ukazuje graf č. 1.



*Graf 1: Rozložení vzorku dle studovaného oboru*

Sběr dat se uskutečnil během měsíců května a června roku 2009. Sestavování vzorku probíhalo v podstatě metodou příležitostného dobrovolnického výběru. Prostřednictvím školních emailů jsme oslovili studenty univerzity s žádostí o vyplnění on-line dotazníku. V emailu byl studentům zároveň popsán cíl studie i její průběh. Účast ve výzkumu tedy byla dobrovolná, studenti nebyli ke spolupráci motivováni finančně ani jakýmkoli jiným způsobem. Anonymita účastníků byla zajištěna díky použití internetové aplikace, která po vyplnění dotazníku ukládá pouze odpovědi respondenta bez možnosti zjistit jeho emailovou adresu či jiné údaje, které by potenciálně mohly vést k identifikaci uživatele. Využití online dotazníku je rovněž uživatelsky velmi jednoduché a příjemné. Respondenti obdrží email s odkazem na internetovou stránku s dotazníkem. Své odpovědi pak vyplňují přímo na této stránce a poté je mohou rovnou z aplikace odeslat. Systém zároveň zajišťuje, aby mohl každý oslovený jedinec vyplnit dotazník pouze jednou. Ještě před samotnou administrací dotazníků jsme ověřili srozumitelnost otázek v pilotním výzkumu, kterého se zúčastnilo celkem 20 osob, jejichž odpovědi následně nebyly zahrnuty do konečného souboru dat.

Vzhledem ke značnému rozsahu použitých metod se doba potřebná pro vyplnění dotazníku pohybovala okolo 30 minut. Značná část dotazníků se proto bohužel vrátila nekompletní a nemohla být tedy zahrnuta do výzkumu. Pouze 266 z celkových 362 odpovědí bylo úplných; z tohoto počtu bylo ještě dodatečně vyřazeno celkem 8 dotazníků – jednalo se o zahraniční studenty s jinou než finskou národností, které jsme se nakonec rozhodli z výzkumu

vynechat s ohledem na zachování homogenity vzorku<sup>7</sup>.

Náš výběr nemůže být považován za reprezentativní v rámci širší populace, nicméně mohl by odrážet rozložení studentů v rámci univerzity.

## 2.2. Použité metody

Pro zachycení prožitých událostí jsme použili Škálu sociální readjustace (*Social Readjustment Rating Scale* - SRRS) autorů Holemese a Raheho (Holmes & Rahe, 1967). O této metodě již byla řeč v předchozí části práce, a proto ji na tomto místě nemusíme podrobněji představovat. Škála obsahuje celkem 43 událostí, z nichž každé je přiřazen určitý počet jednotek životní změny. Tento údaj vyjadřuje, jak velkou míru přizpůsobení daná událost vyžaduje. Úkolem respondenta je označit všechny události, které zažil během uplynulého roku. Pokud se některá událost vyskytla v tomto období víckrát než jednou, respondent tuto skutečnost uvede v samostatném poli. Množství životních událostí se následně sečte stejně jako celková hodnota jednotek životní změny. Právě velikost životní změny podle autorů vyjadřuje míru zátěže či stresu prožitého v uplynulém období (Holmes & Masuda, 1974). Údaje o psychometrických vlastnostech uvedené metody bohužel nemáme k dispozici.

Škálu sociální readjustace jsme použili zejména pro její všeobecné zaměření, široké kontinuum zahrnutých událostí a možnost kvantifikace životní zátěže. Zároveň jsme při výběru zohledňovali čas potřebný k jejímu vyplnění a náročnost administrace. Uvědomujeme si samozřejmě některé nedostatky této metody, o kterých již byla řeč v teoretické části práce. Pro naše účely se nicméně Škála sociální readjustace jeví jako velmi vhodný nástroj pro měření zátěže plynoucí z prožitých událostí.

Zdravotní stav respondentů jsme se rozhodli zjišťovat pomocí Dotazníku všeobecného zdraví (*General Health Questionnaire* - GHQ) D.P. Goldberga (Golberg, 1972). Použili jsme verzi GHQ28, která zachycuje v podstatě problémy dvou kategorií. Jednak umožňuje odhalit narušení normálních psychických funkcí a dále upozorňuje na rušivý fenomén povahy distresu v psychické oblasti. Nástroj tedy slouží k odhalení různého stupně poruch duševního zdraví a může rovněž detekovat počínající psychiatrickou poruchu, jejíž diagnostika je ovšem

---

<sup>7</sup> Tyto odpovědi si ovšem ponecháváme pro další zpracování v budoucnu. Naším cílem je po zmapování vztahu mezi prožitými událostmi, vybranými osobnostními charakteristikami jedince a zdravotním stavem ověřit platnost získaných poznatků v rámci rozdílných kulturních oblastí. Odpovědi respondentů jiné než finské národnosti nám poslouží jako cenný základ pro vytvoření dalších národnostně homogenních souborů, jejichž výsledky v uvedených metodách bychom následně rádi mezi sebou porovnali.

předmětem specializovaného psychiatrického vyšetření. Dotazník GHQ umožňuje rozpoznat úroveň distresu manifestující se v následujících čtyřech oblastech: somatizace, úzkostnost a nespavost, sociální dysfunkce a depresivita. Respondent posuzuje v rámci každé z těchto škál sedm symptomů podle závažnosti, s jakou se u něj objevují. Toto hodnocení provádí ve vztahu ke svému obvyklému stavu s pomocí čtyřbodové stupnice. Výsledné odpovědi jsou kódovány pomocí binárního systému 0-0-1-1, přičemž každý symptom se hodnotí z hlediska „přítomen – nepřítomen“. Výsledný skór odráží narušení duševního zdraví v rámci určitého kontinua. Nízký skór může ukazovat spíše na aktuální duševní nepohodu či distres, zatímco u vyšších skórů můžeme již uvažovat o počínající či rozvinuté psychické poruše. Jednotlivé verze metody GHQ vykazují uspokojivé hodnoty reliability (split-half reliability:  $r=0,83 - 0,95$ ; test – retest reliability:  $r=0,75 - 0,90$ ) i validity (kriteriální validita verze GHQ28 byla posuzována srovnáním s výsledky v dotazníku *Clinical Interview Schedule*, přičemž celková korelace výsledných skórů byla  $r=0,76$ ). Dotazník GHQ je kromě určování síly příznaků rovněž možné použít jako screeningovou metodu pro zjišťování poruch duševního zdraví. (McDowell, 2006). Škála somatizace by nicméně mohla poukázat i na některé tělesné příznaky u jedince.

Pro zjišťování úrovně psychické flexibility v pojetí akceptace jsme využili Dotazník akceptace a jednání (*Acceptance and Action Questionnaire – AAQ-II.*)<sup>8</sup>. Z důvodu lepších psychometrických parametrů jsme použili verzi AAQ-II., na jejímž vývoji se podílel výzkumný tým F. Bonda (Bond et al., n. d.). Dotazník obsahuje celkem deset výroků, které se týkají zejména role nepříjemných emocí, vzpomínek a dalších vnitřních stavů v životě jedince a také jejich vlivu na dosahování cílů a naplňování plánů. Respondent posuzuje relevantnost těchto tvrzení na sedmibodové Likertově škále. Vyšší skóry naznačují vyšší míru psychické flexibility.

V rámci našeho výzkumu jsme považovali za důležité alespoň orientačně zachytit i osobnostní profil respondentů. Vzhledem k časové náročnosti ostatních metod jsme se rozhodli použít Desetipoložkový osobnostní inventář<sup>9</sup> (*Ten Item Personality Inventory – TIPI*) (Gosling, Rentfrow, & Swann, 2003), který umožňuje ve velmi krátkém čase posoudit osobnostní dimenze tzv. Velké pětky (extraverze, emoční stabilita, otevřenost vůči zkušenosti, svědomitost a přívětivost). Tato metoda byla vyvinuta autory Goslingem, Rentfrowem a Swannem na Univerzitě v Texasu (2003) a je založena na subjektivním hodnocení

---

<sup>8</sup> Psychometrické charakteristiky metody lze nalézt v Bond et al., n. d.

<sup>9</sup> Původním záměrem bylo použít šedesátipoložkový dotazník NEO-FFI autorů Costy a McCrae (1992). K využití této metody se nám bohužel ani přes značné úsilí nepodařilo získat souhlas od vlastníka autorských práv, společnosti PAR, Inc.

osobnostních rysů respondentem. Dotazník obsahuje celkem deset položek, které se skládají z dvojice adjektiv vyjadřujících jednotlivé dimenze Velké pětky. Každá oblast je tak zastoupena čtyřmi přídavnými jmény. Respondent na sedmibodové škále posuzuje, nakolik se na něj uvedené vlastnosti hodí či nikoli. Vyšší výsledný skóre ukazuje na vyšší míru dané charakteristiky. Uvedená metoda vykazuje podle autorů uspokojivou míru korelace se standardními mírami dimenzí Velké pětky (korelace mezi výsledky metody NEO PI-R a TIPI se u jednotlivých položek pohybuje od  $r=0,56$  do  $r=0,68$ ). Test zároveň dosahuje adekvátní úrovně validity (konstruktovou validitu vyjadřuje výše uvedená korelace TIPI a NEO PI-R) a reliability (test-retest reliabilita:  $r=0,77$ ). Z podstaty věci vyplývá, že se bude TIPI ve srovnání se standardními mírami Big 5 dimenzí osobnosti potýkat i se značnými nedostatky, zejména pokud jde právě o psychometrické charakteristiky (Gosling, Rentfrow & Swann, 2003). Pro využití tohoto inventáře jsme se rozhodli zejména kvůli možnosti zachytit osobnostní rysy jedince ve velmi krátkém časovém úseku.

Respondentů jsme se dále ptali na míru interní lokalizace kontroly. Po stručném představení konceptu *locus of control* - LOC jsme požádali o vyjádření, nakolik se jedinec cítí být internálem. Respondenti mohli využít škálu 0 – 10 včetně libovolného počtu desetinných míst. Čím vyšší je uvedený číselný údaj, tím více se jedinec považuje za člověka s vnitřní lokalizací kontroly. Nižší skóre naopak značí spíše externí umístění kontroly.

Všechny uvedené metody jsme spojili do jednoho souboru a doplnili o demografické otázky. V příloze je soubor metod k nahlédnutí v podobě, v jaké byl předložen respondentům (Příloha č. 1.).

Získaná data byla zpracována ve statistickém programu SPSS, verze 17.0.

Než přistoupíme k představení a interpretaci výsledků, dovolíme si ujasnit používání některých pojmů. Kdykoli budeme v následující části hovořit o zdraví či zdravotním stavu, psychické flexibilitě, místě kontroly a dalších osobnostních charakteristikách, máme na mysli hodnotu těchto proměnných zachycenou výše uvedenými metodami (např. flexibilitou v této práci rozumíme takovou charakteristiku jedince, která je měřena použitým dotazníkem AAQ-II).

### 3. Výsledky

#### Deskriptivní statistika a četnosti

Prvním krokem při statistickém vyhodnocování získaných dat byla popisná statistika a výpočet četností. Výsledky deskriptivní statistiky ukazuje tabulka č. 1.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pohlaví	258	1	2	1,76	,430
Věk	258	19	50	24,60	4,755
Délka studia	258	,5	20,0	3,696	2,5410
Počet životních událostí	258	0	24	8,47	4,226
Velikost životní změny	258	0	1997	244,90	211,157
Celkový zdravotní stav	258	0	23	6,20	5,624
Místo kontroly	258	2,00	10,00	7,3299	1,61169
Extraverze	258	2	14	8,59	3,028
Přívětivost	258	3	14	9,45	2,200
Svědomitost	258	3	14	9,56	2,576
Emoční stabilita	258	2	14	8,88	2,824
Otevřenost	258	4	14	10,41	2,284
Psychická flexibilita	258	18	70	50,34	9,954
Valid N (listwise)	258				

Tab. 1: Deskriptivní statistika

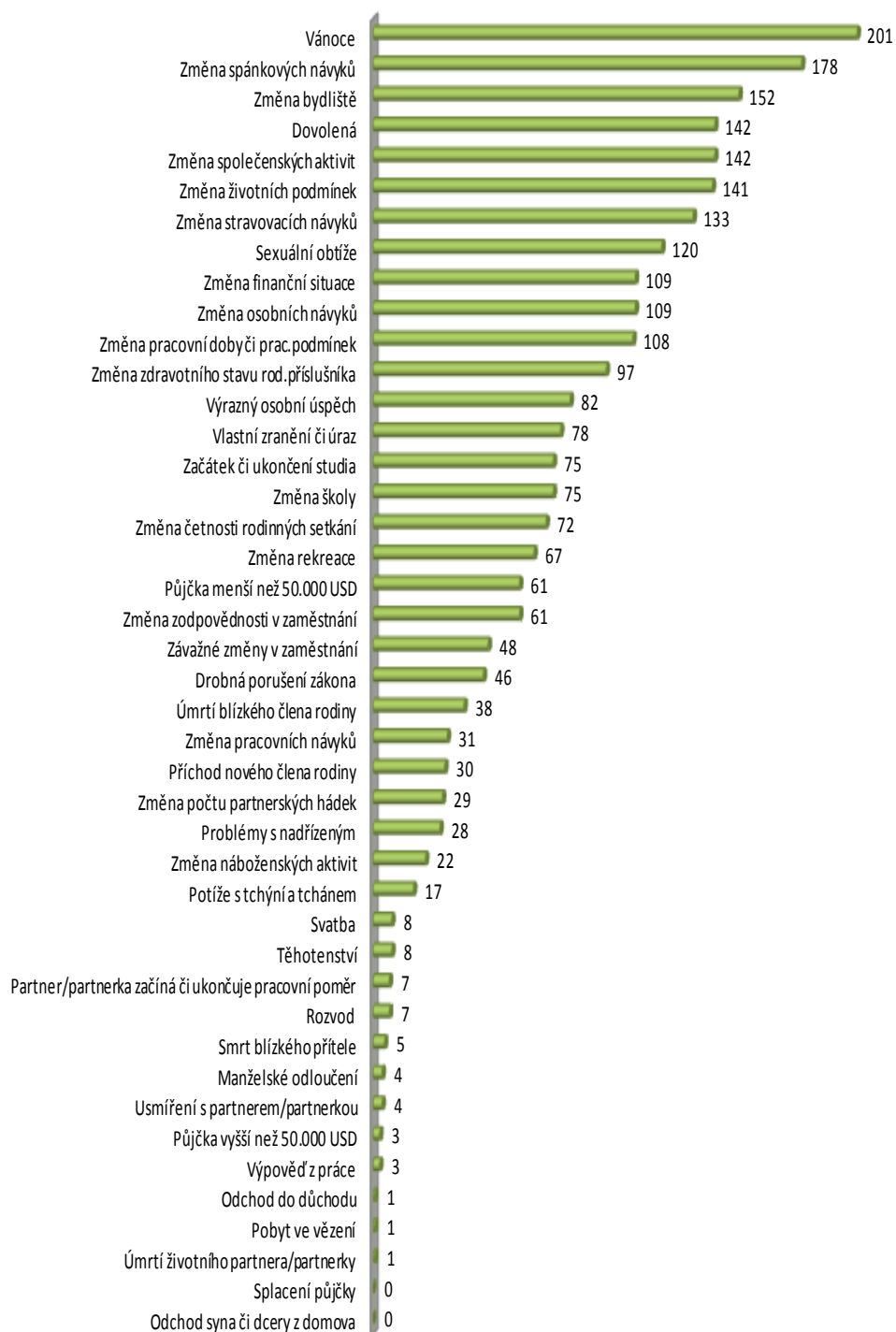
Ještě než se dostaneme k samotnému řešení výzkumných otázek, představíme stručně četnost výskytu jednotlivých životních událostí.

Respondenti uváděli průměrně 8,47 událostí za období uplynulého roku. Největší a nejmenší počet prožitých událostí v souboru je 0 resp. 24.

Mezi nejčastěji uváděné události patří „Vánoce“ (uvedlo 201 respondentů), „změna spánkových návyků“ (178 respondentů) a „změna bydliště“ (52 respondentů). Vůbec se naopak nevyskytly události „splacení půjčky“ a „odchod syna či dcery z domova“. Přehled četností výskytu všech událostí uvádí graf č. 2.

Kompletní přehled četností u sledovaných proměnných a podrobnější výsledky deskriptivní statistiky zahrnující jednotlivé dimenze dotazníku GHQ28 a rozdílné kategorie životních událostí uvádíme v příloze (příloha č. 2).

### Četnost výskytu životních událostí



Graf 2: četnost výskytu životních událostí

## Vztah mezi výskytem životních událostí a změnami zdraví

Pro odhalení vztahu mezi zkoumanými proměnnými jsme nejprve provedli korelační analýzu pomocí Pearsonova koeficientu korelace (r). Výsledky ukazuje následující tabulka. Kompletní výstupy korelační analýzy provedené mezi všemi měřenými proměnnými jsou k dispozici u autorky.

Pohlaví	Velikost životní změny	Negativní události	Pozitivní události	Neutrální události	Somatizace	Úzkostnostně spavost	Sociální dysfunkce	Závažná deprese	Celkový zdravotní stav
1	-,036	,024	-,175**	-,028	,195**	,124	,027	-,116	,083
258	,565	,699	,005	,658	,002	,047	,665	,064	,183
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Velikost životní změny	1	,442**	,263**	,641**	,165**	,215**	,155**	,217**	,250**
		,000	,000	,000	,008	,000	,012	,000	,000
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Negativní události	,024	1	,197**	,211**	,317**	,266**	,166**	,177**	,310**
	,699	,000	,002	,001	,000	,000	,008	,004	,000
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Pozitivní události	-,175**	,197**	1	,270**	-,010	,024	-,065	-,047	-,028
	,005	,000	,002	,000	,875	,700	,300	,452	,658
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Neutrální události	-,028	,211**	,270**	1	,125	,096	,181**	,094	,161**
	,658	,000	,001	,000	,045	,122	,004	,134	,010
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Somatizace	,195**	,317**	-,010	,125	1	,557**	,465**	,398**	,798**
	,002	,000	,875	,045	,000	,000	,000	,000	,000
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Úzkostnostně spavost	,124	,266**	,024	,096	,557**	1	,399**	,392**	,811**
	,047	,000	,700	,122	,000	,000	,000	,000	,000
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Sociální dysfunkce	,027	,166**	-,065	,181**	,465**	,399**	1	,349**	,714**
	,665	,008	,300	,004	,000	,000	,000	,000	,000
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Závažná deprese	-,116	,177**	-,047	,094	,398**	,392**	,349**	1	,692**
	,064	,004	,452	,134	,000	,000	,000	,000	,000
	258	258	258	258	258	258	258	258	258
Celkový zdravotní stav	,083	,310**	-,028	,161**	,798**	,811**	,714**	,692**	1
	,183	,000	,658	,010	,000	,000	,000	,000	,000
	258	258	258	258	258	258	258	258	258

\*\* : Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* : Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tab. 2: Korelace životních událostí a zdravotního stavu

Výsledky korelační analýzy ukázaly signifikantně významnou korelaci ( $r=0,250$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ) mezi velikostí životní změny (součet jednotek životní změny přiřazený jednotlivým prožitým událostem dle jejich závažnosti) a výsledným skóre v dotazníku GH28, které vyjadřuje negativní změny duševního zdraví oproti normálu. Zjišťujeme tedy, že jedinci, kteří během uplynulého roku prožili více náročných životních událostí, uvádějí ve vyšší míře



negativní změny v psychické oblasti.

Pokud se blíže podíváme na korelaci mezi velikostí životní změny a jednotlivými škálami dotazníku GHQ28, nacházíme statisticky významný vztah u všech dílčích škál: somatizace ( $r=0,165$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), úzkostnost a nespavost ( $r=0,215$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), sociální dysfunkce ( $r=0,155$ ,  $p<0,05$ ,  $N=258$ ) a závažná deprese ( $r=0,217$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ). Zhoršení zdravotního stavu u respondentů s větší mírou prožité zátěže se tedy projevuje ve všech uvedených oblastech.

Prožité životní události jsme z důvodu lepšího pochopení souvislostí dále rozdělili na pozitivní, negativní a neutrální/ambivalentní, jak ukazuje tabulka č. 3.

Pozitivní události	7. Svatba 9. Usmíření s partnerem/partnerkou 21. Splacení půjčky 25. Výrazný osobní úspěch
Negativní události	1. Úmrtí životního partnera/partnerky 2. Rozvod 3. Manželské odloučení 4. Pobyt ve vězení 5. Úmrtí blízkého člena rodiny 6. Vlastní zranění či úraz 8. Výpověď z práce 13. Sexuální obtíže 17. Smrt blízkého přítele 24. Potíže s tchýní a tchánem 30. Problémy s nadřazeným
Neutrální/ambivalentní události	10. Odchod do důchodu 11. Změna zdravotního stavu rod. příslušníka 12. Těhotenství 14. Příchod nového člena rodiny 15. Závažné změny v zaměstnání 16. Změna finanční situace 18. Změna pracovního zařazení 19. Změna počtu partnerských hádek 20. Půjčka vyšší než 50.000 USD 22. Změna zodpovědnosti v zaměstnání 23. Odchod syna či dcery z domova 26. Partner/partnerka začíná či ukončuje pracovní poměr 27. Začátek či ukončení studia 28. Změna životních podmínek 29. Změna osobních návyků 31. Změna pracovní doby či prac. podmínek 32. Změna bydliště 33. Změna školy 34. Změna rekreace 35. Změna náboženských aktivit 36. Změna společenských aktivit 37. Půjčka menší než 50.000 USD 38. Změna spánkových návyků 39. Změna četnosti rodinných setkání 40. Změna stravovacích návyků 41. Dovolená 42. Vánoce 43. Drobná porušení zákona

Tab. 3: Rozdělení životních událostí z hlediska jejich žádoucnosti

Jednotlivé kategorie událostí jsme následně korelovali s celkovým skórem v dotazníku GHQ28 i dílčími skóry jednotlivých škál (tabulka č. 2). Výsledky tohoto srovnání byly poměrně zajímavé. Negativní životní události (opět se jedná o velikost zátěže vyjádřenou součtem jednotek životní změny přiřazených jednotlivým událostem) pozitivně korelují jak s celkovou změnou zdravotního stavu ( $r=0,310$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), tak se všemi dílčími škálami. Síla tohoto vztahu je navíc v případě negativních událostí u všech subškál i celkového skóru GHQ28 silnější oproti korelaci celkové úrovně životní změny (zahrnující všechny kategorie událostí) s těmito proměnnými. Výjimkou je subškála deprese, kde je tento vztah slabší, nicméně stále zůstává statisticky významný ( $r=0,177$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ). V případě neutrálních událostí nacházíme signifikantní korelaci pouze u somatizace ( $r=0,125$ ,  $p<0,05$ ,  $N=258$ ), sociální dysfunkce ( $r=0,181$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ) a také u celkové úrovně zdravotního stavu ( $r=0,161$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), i když síla vztahu je zde poněkud slabší. U pozitivních událostí nepozorujeme statisticky významný vztah ke změnám zdravotního stavu. Potenciálně škodlivý vliv životních změn na zdraví tedy nacházíme především u negativních a ve slabší míře u neutrálních událostí.

Pro tuto chvíli můžeme shrnout, že **výsledky korelační analýzy potvrzují pozitivní souvislost mezi prožitými událostmi** (velikost životní změny) **a negativními změnami duševního zdraví**, a to ve všech dílčích sledovaných oblastech. **Tento vztah je navíc silnější, pokud vezmeme v úvahu pouze negativní události.** Toto zjištění je v souladu s výsledky dřívějších studií, které považují za klíčový faktor způsobující škodlivost ŽU právě jejich nežádoucnost (přehled těchto studií uvádíme v teoretické části v kapitole 4.2.). Síla vztahu u neutrálních událostí se jeví být spíše mírná.

Výsledky korelační analýzy odhalují také další vztahy mezi jednotlivými proměnnými, které zde ale vzhledem k omezenému rozsahu práce nemůžeme podrobněji prezentovat. Přesto si na tomto místě dovolíme upozornit na statisticky významnou korelaci mezi jednotlivými kategoriemi prožitých událostí: tedy mezi negativními a pozitivními ŽU ( $r=0,197$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), negativními a neutrálními ŽU ( $r=0,211$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ) i neutrálními a pozitivními ŽU ( $r=0,270$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ). Tato skutečnost by mohla ukazovat na určitou tendenci jedince zažívat buď obecně více ŽU nebo obecně méně ŽU bez ohledu na jejich charakter. Jinými slovy je možné, že jedinci zažívající více událostí z jedné skupiny budou zažívat i více událostí ze zbylých dvou kategorií. Vysvětlením ovšem může být i rozdílná vnímavost respondentů vůči ŽU či ochota o nich vypovídat. Toto zjištění můžeme doporučit k dalšímu výzkumnému ověření.

Poté, co jsme potvrdili souvislost mezi prožitými událostmi a zhoršením zdravotního

stavu, jsme se zaměřili na podrobnější popis tohoto vztahu. Respondenty jsme rozdělili podle počtu a závažnosti ŽU do tří skupin. Při tomto členění jsme vycházeli z výsledků práce Holmese a Raheho (Holmes & Masuda, 1974), kteří empiricky stanovili kritické hodnoty LCU (součet jednotek životní změny přiřazených událostem prožitým během posledního roku) pro vznik onemocnění. Hodnota 150 LCU je považována za hranici mírné krize, hodnoty nad 300 LCU autoři považují za závažnou krizi. Mezi velikostí životní krize a rizikem onemocnění existuje podle autorů přímá souvislost. Naši první skupinu tedy tvořili respondenti s velikostí životní změny do 149 LCU. Tito jedinci by měli mít pouze minimální či žádné riziko vzniku nemoci. Do druhé skupiny byli zařazeni respondenti s hodnotami LCU 150 – 299, a tedy s mírným až středním rizikem onemocnění. Jedinci s hodnotami nad 300 LCU jsou považováni za vysoce rizikovou populaci a tvoří třetí skupinu.

U všech tří skupin jsme následně porovnali zdravotní stav a vybrané osobnostní charakteristiky. Jelikož Kolmogorov-Smirnovův test u sledovaných proměnných vyloučil předpoklad normálního rozdělení, použili jsme pro srovnání skupin dle rizika neparametrický Kruskal-Wallisův H test. Výsledky ukazuje tabulka 4 a) a b).

### Kruskal-Wallis Test

Ranks			
Míra rizika		N	Mean Rank
Somatizace	1	85	114,20
	2	116	130,84
	3	57	149,60
	Total	258	
Úzkostnost/nespavost	1	85	120,22
	2	116	127,75
	3	57	146,89
	Total	258	
Sociální dysfunkce	1	85	116,42
	2	116	124,91
	3	57	158,36
	Total	258	
Závažná deprese	1	85	119,14
	2	116	122,08
	3	57	160,04
	Total	258	
Celkový zdravotní stav	1	85	114,98
	2	116	125,26
	3	57	159,78
	Total	258	
Emoční stabilita	1	85	131,28
	2	116	133,52
	3	57	118,67
	Total	258	

Tab. 4a: Srovnání dle míry rizika

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Somatizace	Úzkostnost/nespavost	Sociální dysfunkce	Závažná deprese	Celkový zdravotní stav	Emoční stabilita
Chi-Square	8,161	4,829	12,352	15,517	13,060	1,605
df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,017	,089	,002	,000	,001	,448

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Míra rizika

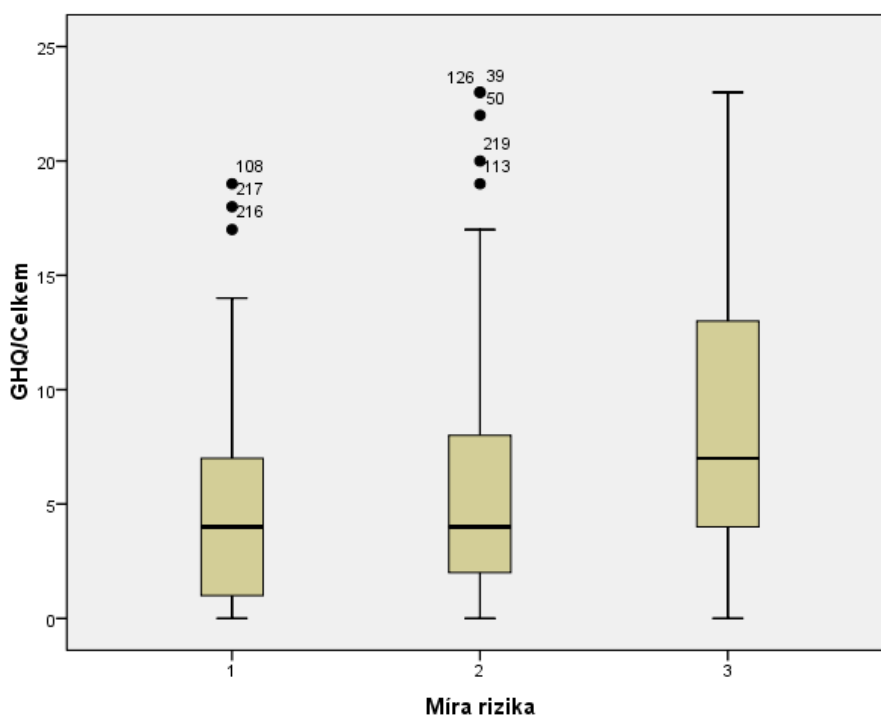
Tab. 4b: Kruskal-Wallisův test – srovnání 3 skupin respondentů dle míry rizika

Můžeme vidět, že mezi jednotlivými skupinami jsou statisticky významné rozdíly jak v celkovém zdravotním stavu (Chi-Square 13,060, df=2,  $p<0,01$ ) tak ve všech dílčích oblastech měřených dotazníkem GHQ28 kromě subškály úzkostnost/nespavost. Konkrétně se jedná o škály somatizace (Chi-Square 8,161, df=2,  $p<0,05$ ), sociální dysfunkce (Chi-Square 12,352, df=2,  $p<0,01$ ) a závažná deprese (Chi-Square 15,517, df=2,  $p<0,001$ ).

Po identifikování proměnných, ve kterých se sledované skupiny signifikantně liší, jsme pomocí neparametrického Mann-Whitneyova testu pro dva nezávislé výběry postupně porovnali jednotlivé výběry mezi sebou. Výsledky ukázaly, že mezi skupinami s nízkým a mírným/středním stupněm rizika nejsou statisticky významné rozdíly. Skupina s vysokým stupněm rizika se naopak signifikantně liší od obou zbývajících skupin, a to následovně: rozdíly mezi první (nízké riziko) a třetí (vysoké riziko) skupinou nacházíme v subškálách somatizace ( $Z=-2,742$ ,  $p<0,01$ ), sociální dysfunkce ( $Z=-3,339$ ,  $p<0,01$ ), závažná deprese ( $Z=-3,435$ ,  $p<0,01$ ) i v celkovém zdravotním stavu ( $Z=-3,491$ ,  $p<0,001$ ); druhá (mírné/střední riziko) a třetí (vysoké riziko) skupina se liší v subškále sociální dysfunkce ( $Z=-2,870$ ,  $p<0,01$ ), závažná deprese ( $Z=-3,510$ ,  $p<0,001$ ) a v celkovém zdravotním stavu GHQ28 ( $Z=-2,882$ ,  $p<0,01$ ). Nejvyššího skóre v dotazníku GHQ28 podle očekávání dosahuje třetí skupina respondentů, následuje druhá skupina a nejméně příznaků uvádí skupina první. Kompletní výsledky Mann-Whitneyova testu jsou k dispozici u autorky.

Výsledky tedy ukazují, že **se vzrůstající mírou rizika skutečně přibývá příznaků zhoršeného duševního zdraví uváděných respondenty v dotazníku GHQ28**. Vidíme také, že rozdíly v subjektivně hodnoceném zdravotním stavu jsou nejvýraznější mezi 1. a 3. skupinou (skup. s nízkým resp. vysokým rizikem) a mezi 2. a 3. skupinou (skup. s mírným/středním resp. vysokým rizikem vzniku onemocnění). Rozdíly mezi první a druhou skupinou nejsou statisticky významné. Srovnání celkového zdravotního stavu u výběrů s různou úrovní prožití zátěže ukazuje rovněž následující graf<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Na tomto místě bychom rádi uvedli, že právě celkový zdravotní stav je pro nás v celém výzkumu klíčovou proměnnou ve vztahu k prožitým událostem a osobnostním charakteristikám jedince (viz.dále). Výsledky



*Graf 3: Porovnání zdravotního stavu (výsledné skóre v dotazníku GHQ28) u skupin s rozdílnou mírou prožité zátěže vyjádřenou celkovou hodnotou LCU.*

Průměrné skóre jednotlivých výběrových souborů v Goldbergově GHQ28 jsou 4,96; 5,80 a 8,86 pro skupiny s nízkým, mírným/středním a vysokým rizikem respektive. S určitou opatrností si zde dovolíme vyslovit dílčí závěr, že negativní změny v oblasti duševního zdraví u našeho souboru nastávají ve vyšší míře až poté, co stupeň zátěže měřený velikostí životní změny přesáhne určitou úroveň. Jedinci s minimálním a mírným/středním stupněm rizika podle svého průměrného skóre v dotazníku GHQ28 v podstatě nevykazují zásadní změny duševního zdraví oproti normálnímu stavu. Výraznější zhoršení můžeme pozorovat až u skupiny s vysokou mírou rizika. Podle Goldberga je možné uvažovat o případě narušení duševního zdraví, pokud respondent dosáhne alespoň 5 bodů v dotazníku GHQ28 (McDowell, 2006). Průměrné skóre prvních dvou skupin respondentů je 4,96 resp. 5,80. Tito jedinci tedy uvádějí pouze minimální nebo jen velmi mírné zhoršení v psychické oblasti, které může indikovat určitou aktuální úroveň distresu spíše než skutečnou poruchu duševního zdraví. U skupiny s vysokým rizikem dosahují průměrné hodnoty 8,86. Toto skóre by již mohlo znamenat výraznější odchylku od normálního stavu, případně začínající psychickou poruchu. Uvedené tvrzení je ovšem potřeba brát velmi opatrně, vzhledem k tomu, že hodnota

---

týkající se jednotlivých subškál uvádíme pouze pro doplnění či jako možný námět pro další výzkumy. Z uváděných srovnání nevyvozujeme závěry o tom, ve kterých oblastech zdravotního stavu by se mohl účinek životních událostí nejvíce projevit. K tomuto popisu by bylo potřeba použít specifické diagnostické nástroje a statistické procedury.

pozitivních odpovědí stanovená pro určení případu možné poruchy byla během užívání dotazníku GHQ28 několikrát měněna (McDowell, 2006). Na základě uvedeného srovnání se domníváme, že organismus je tedy zřejmě schopen uspokojivě se vyrovnat s určitou úrovní životních změn, aniž by současně docházelo k výraznějšímu negativnímu dopadu těchto událostí na zdravotní stav zasaženého jedince. **Růst skóre v dotazníku GHQ28, které vyjadřuje přítomnost negativních odchylek od normálního duševního stavu jedince, podle našich výsledků není postupný vzhledem k velikosti životní změny, ale objevuje se viditelněji až u třetí skupiny respondentů, tedy po překročení určité úrovně prožité zátěže.**

S velikostí životní změny koreluje ze sledovaných osobnostních proměnných pouze emoční stabilita ( $r=0,183$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ). Rozhodli jsme se tedy porovnat úroveň této vlastnosti u respondentů s různým stupněm rizika pro lepší pochopení její úlohy ve vztahu mezi velikostí životní změny a hodnocením zdravotního stavu. Toto srovnání ovšem není klíčovým bodem naší práce a proto ho nabízíme spíše pro inspiraci pro další výzkumy.

U jednotlivých skupin nenacházíme významné rozdíly v úrovni emoční stability. Toto zjištění naznačuje, že nalezené rozdíly u skupin s různým stupněm rizika ve výsledných skórech dotazníku GHQ28 nejspíš nesouvisí s rozdílnou mírou této vlastnosti. Škála emoční stability podle autorů dotazníku TIPI negativně koreluje s dimenzí neuroticismu měřenou pomocí metody NEO PI-R (Gosling, Rentfrow & Swann, 2003). Costa a McCrae upozorňují na významnou roli neuroticismu při posuzování vlastního zdraví, jak již bylo zmíněno výše (Costa & McCrae, 1992). Můžeme tedy s jistou rezervou předpokládat, že dosažené skóre v dimenzi emoční stabilita do určité míry rovněž ukazuje na úroveň neuroticismu respondenta. Nízké skóre na této škále svědčí o vyšší hodnotě neuroticismu. Vzhledem k tomu, že se skupiny jedinců s odlišnou velikostí prožité zátěže v této dimenzi signifikantně neliší, ale liší se naopak v subjektivním hodnocení vlastního zdraví, můžeme se domnívat, že zjištěné výsledky by mohly do značné míry odrážet skutečný psychický stav respondentů a ne například přehnanou starost o vlastní zdraví. Jsme si samozřejmě vědomi, že zde hraje roli více faktorů, které v naší práci bohužel nemůžeme sledovat. Více informací o vlivu neuroticismu na vnímání zdraví uvádějí Costa & McCrae v manuálu k dotazníku NEO PI-R (1992).

K otázce vztahu mezi prožitými událostmi a změnami zdravotního stavu můžeme pro tuto chvíli uvést čtyři zásadní zjištění, ke kterým jsme s využitím korelační analýzy a Kruskal-Wallisova testu dospěli:

- Velikost životní změny pozitivně koreluje s výskytem negativních změn psychického zdraví.
- Z prožitých událostí nejsilněji korelují s výsledky dotazníku GHQ28 (vyšší skóre znamená více negativních odchylek od normálního stavu) události nežádoucí (negativní). Uvedená korelace je pozitivní.
- Korelaci mezi prožitými událostmi a výskytem příznaků zhoršeného zdraví nalézáme ve všech sledovaných oblastech měřených dotazníkem GHQ28: somatizace, úzkostnost a nespavost, sociální dysfunkce a depresivita. Skupiny s rozdílnou mírou rizika se kromě celkového zdravotního stavu signifikantně liší v subškálách somatizace, sociální dysfunkce a závažná deprese.
- K výraznějším změnám zdravotního stavu dochází nejspíš až po překročení určité míry zátěže. Příznaky zhoršeného duševního zdraví se v největší míře objevují u skupiny respondentů s vysokou mírou rizika (300 a více LCU). Skupiny s nízkou a mírnou/střední úrovní rizika se ve zdravotním stavu signifikantně neliší.

### Vliv psychické flexibility na vnímání duševního zdraví a její úloha v procesu působení ŽU na zdraví

Předpokládáme, že psychická flexibilita může přispívat k lepšímu zvládání zátěže a tím tlumit negativní účinky prožitých událostí na zdravotní stav jedince. Zároveň předpokládáme, že flexibilita může sama o sobě ovlivňovat vnímání vlastního zdraví. Pro zjištění vztahu mezi psychickou flexibilitou a zdravotním stavem jsme nejdříve provedli korelační analýzu, ve které jsme se zaměřili na míru prožité zátěže, zdravotní stav a míru flexibility. Výsledky ukazuje tabulka č. 5.

		Correlations							
		Pohlaví	Somatizace	Úzkostnost/nespavost	Sociální dysfunkce	Závažná deprese	Celkový zdravotní stav	Psychická flexibilita	Velikost životní změny
Pohlaví	Pearson Correlation	1	,195**	,124*	,027	-,116	,083	,044	-,036
	Sig. (2-tailed)		,002	,047	,665	,064	,183	,483	,565
	N	258	258	258	258	258	258	258	258
Somatizace	Pearson Correlation	,195**	1	,557**	,465**	,398**	,798**	-,439**	,165**
	Sig. (2-tailed)	,002		,000	,000	,000	,000	,000	,008
	N	258	258	258	258	258	258	258	258
Úzkostnost/nespavost	Pearson Correlation	,124*	,557**	1	,399**	,392**	,811**	-,426**	,215**
	Sig. (2-tailed)	,047	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	258	258	258	258	258	258	258	258
Sociální dysfunkce	Pearson Correlation	,027	,465**	,399**	1	,349**	,714**	-,302**	,155*
	Sig. (2-tailed)	,665	,000	,000		,000	,000	,000	,012
	N	258	258	258	258	258	258	258	258
Závažná deprese	Pearson Correlation	-,116	,398**	,392**	,349**	1	,692**	-,507**	,217**
	Sig. (2-tailed)	,064	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	258	258	258	258	258	258	258	258
Celkový zdravotní stav	Pearson Correlation	,083	,798**	,811**	,714**	,692**	1	-,553**	,250**
	Sig. (2-tailed)	,183	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	258	258	258	258	258	258	258	258
Psychická flexibilita	Pearson Correlation	,044	-,439**	-,426**	-,302**	-,507**	-,553**	1	-,116
	Sig. (2-tailed)	,483	,000	,000	,000	,000	,000		,062
	N	258	258	258	258	258	258	258	258
Velikost životní změny	Pearson Correlation	-,036	,165**	,215**	,155*	,217**	,250**	-,116	1
	Sig. (2-tailed)	,565	,008	,000	,012	,000	,000	,062	
	N	258	258	258	258	258	258	258	258

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tab. 5: Korelace životních událostí, zdravotního stavu a psychické flexibility

Můžeme vidět, že psychická flexibilita negativně koreluje jak s celkovým zdravotním stavem ( $r=-0,553$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), tak i s jednotlivými subškálami dotazníku GHQ28:

somatizace ( $r=-0,439$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), úzkostnost a nespavost ( $r=-0,426$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), sociální dysfunkce ( $r=-0,302$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ) a závažná deprese ( $r=-0,507$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ). Tyto výsledky naznačují, že **jedinci s vyšší mírou psychické flexibility hodnotí svůj zdravotní stav lépe než respondenti s nižší úrovní flexibility**. Jinými slovy tyto lidé uvádějí menší aktuální míru psychického distresu, resp. nižší výskyt negativních odchylek od svého obvyklého psychického stavu. Zjištěné nálezy jsou v souladu s předpokladem Bonda a Bunce (2003) o výrazném potenciálu psychické flexibility determinovat mentální zdraví jedince. Autoři dotazníku AAQ-II. pro měření této vlastnosti uvádějí korelaci s výsledky v Dotazníku všeobecného zdraví  $r=-0,31$  (Bond et al., n. d.). Jedná se ovšem o verzi dotazníku GHQ90 a tudíž nemůžeme zcela spolehlivě porovnat dosažené výsledky.

Síla vztahu mezi flexibilitou a zdravotním stavem ( $r=-0,553$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ) je silnější než mezi životními událostmi a zdravím ( $r=0,250$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ). Můžeme se tedy domnívat, že míra flexibility je lepším prediktorem subjektivně hodnoceného duševního zdraví než míra prožité zátěže.

Mezi flexibilitou a životními událostmi (myšleno velikostí životní změny) nenacházíme statisticky významnou korelaci ( $r=-1,118$ ,  $p>0,05$ ,  $N=258$ ). Z této skutečnosti bychom mohli usuzovat na schopnost psychické flexibility do jisté míry tlumit nežádoucí účinky prožité zátěže. **Vyšší míra flexibility hovoří pro lepší hodnocení psychického zdraví, aniž by současně byla spojována s větší či menší mírou psychické zátěže měřené počtem a závažností prožitých událostí.** S určitou opatrností se můžeme domnívat, že více flexibilní jedinci zřejmě bez ohledu na prožívané situace vykazují lepší zdravotní stav, pokud jde o oblast duševního zdraví.

Pro další ověření tohoto předpokladu jsme využili techniku lineární regrese<sup>11</sup>. Výsledky regresní analýzy představíme v další části.

### **Model pro predikci zdravotního stavu**

Důležitým dílčím cílem předložené práce je vytvoření modelu pro predikci zdravotního stavu. Do tohoto modelu jsme se rozhodli zařadit velikost životní změny jakožto míru prožité zátěže a dále vybrané psychické charakteristiky jedince. Do predikčního modelu jsme zahrnuli ty ze sledovaných charakteristik, které korelují s výsledkem v dotazníku GHQ28 na hladině významnosti 0,01. Jde o psychickou flexibilitu ( $r=-0,553$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ), místo kontroly ( $r=-0,299$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ) a emoční stabilitu ( $r=-0,377$ ,  $p<0,01$ ,  $N=258$ ). Výsledky korelační analýzy vztahů osobnostních proměnných a zdravotního stavu ukazuje tabulka č. 6.

---

<sup>11</sup> Jelikož metoda lineární regrese vyžaduje, aby data splňovala jisté podmínky, provedli jsme potřebné testy, jejichž výsledky uvádíme v příloze č. 3. Žádný z těchto testů nevyločil použití zvolené metody.



Correlations								
		Celkový zdravotní stav	Místo kontroly	Extraverze	Právěťivost	Svědomitost	Emoční stabilita	Psychická flexibilita
Celkový zdravotní stav	Pearson Correlation	1	-,299**	-,057	-,095	-,105	-,377**	-,553**
	Sig. (2-tailed)		,000	,363	,130	,092	,000	,000
	N	258	258	258	258	258	258	258
Místo kontroly	Pearson Correlation	-,299**	1	,147*	,020	,146*	,244**	,335**
	Sig. (2-tailed)	,000		,018	,748	,019	,000	,000
	N	258	258	258	258	258	258	258
Extraverze	Pearson Correlation	-,057	,147*	1	,035	-,088	,025	,422**
	Sig. (2-tailed)	,363	,018		,581	,159	,695	,000
	N	258	258	258	258	258	258	258
Právěťivost	Pearson Correlation	-,095	,020	,035	1	,012	,282**	,152*
	Sig. (2-tailed)	,130	,748	,581		,850	,000	,838
	N	258	258	258	258	258	258	258
Svědomitost	Pearson Correlation	-,105	,146*	-,088	,012	1	,157*	,207**
	Sig. (2-tailed)	,092	,019	,159	,850		,011	,001
	N	258	258	258	258	258	258	258
Emoční stabilita	Pearson Correlation	-,377**	,244**	,025	,282**	,157*	1	,550**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,695	,000	,011		,000
	N	258	258	258	258	258	258	258
Otevřenost	Pearson Correlation	,082	-,038	,422**	,013	-,120	-,044	1
	Sig. (2-tailed)	,190	,541	,000	,838	,053	,483	
	N	258	258	258	258	258	258	258
Psychická flexibilita	Pearson Correlation	-,553**	,335**	,253**	,152*	,207**	,550**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,015	,001	,000	
	N	258	258	258	258	258	258	258

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tab. 6: Korelace osobnostních charakteristik a duševního zdraví

Pro zmapování vztahu mezi uvedenými proměnnými a zdravotním stavem jsme použili metodu vícenásobné lineární regrese. Výsledky regresní analýzy ukazují následující tabulky.

Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,598 <sup>a</sup>	,357	,350	4,535

a. Predictors: (Constant), Psychická flexibilita, Velikost životní změny, Místo kontroly

b. Dependent Variable: Celkový zdravotní stav

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	22,210	1,754		12,661	,000
	Velikost životní změny	,005	,001	,194	3,818	,000
	Místo kontroly	-,473	,186	-,136	-2,537	,012
	Psychická flexibilita	-,274	,030	-,485	-9,023	,000

a. Dependent Variable: Celkový zdravotní stav

Tab. 7: Predikční model

Standardizované regresní koeficienty (Beta váhy) ukazují podíly vlivu jednotlivých sledovaných proměnných na celkovém zdravotním stavu. Můžeme vidět, že nejsilnějším prediktorem závisle proměnné je psychická flexibilita (Beta -0,485,  $p < 0,01$ ), dále velikost životní změny (Beta 0,194,  $p < 0,01$ ) a interní umístění kontroly (Beta -0,136,  $p < 0,01$ ). Psychická flexibilita a interní umístění kontroly se na hodnocení zdravotního stavu podílejí v

opačném směru než velikost životní změny. Zatímco s rostoucí hodnotou prožité zátěže stoupá skóre v dotazníku GHQ28 vyjadřující míru distresu, vyšší hodnoty uvedených osobnostních charakteristik naopak souvisejí s nižším skóre v GHQ28. **Vyšší psychická flexibilita a interní místo kontroly hovoří pro lepší zdravotní stav jedince, větší počet prožitých událostí naopak souvisí s horším zdravotním stavem.**

Vytvořený predikční model je schopen vysvětlit zhruba 36% variability závisle proměnné (koeficient determinace  $R = 0,357$ ).

Můžeme shrnout, že subjektivní hodnocení duševního zdraví bude významně ovlivněno úrovní psychické flexibility jedince, dále velikostí prožité zátěže v uplynulém období a také umístěním kontroly (lidé s interním místem kontroly vykazují nižší skóre v dotazníku GHQ28). Emoční stabilita se naopak v našem modelu neukázala být významným prediktorem zdravotního stavu (Beta In  $-0,067$ ; Sig.  $0,270$ ). Neznamená to ovšem nutně, že by tato charakteristika neměla vliv na vnímání vlastního zdraví. Pouze v našem modelu se zařazením ostatních nezávisle proměnných nepřispívá signifikantně k vysvětlení variability závisle proměnné, jinými slovy nezvyšuje významně predikční schopnost modelu.

Pokud se vrátíme k druhé výzkumné otázce, a sice předpokladu o potenciálně protektivním vlivu psychické flexibility vůči působení životních událostí, můžeme na základě výsledků regresní analýzy tento předpoklad potvrdit. Psychická flexibilita je podle uvedeného modelu výraznějším prediktorem zdravotního stavu než životní události a při zkonstantnění ostatních proměnných je důležitým faktorem, který silně ovlivňuje hodnocení vlastního zdraví respondentem. K druhému výzkumnému předpokladu tedy můžeme uvést, že **psychická flexibilita může působit jako moderátor ve vztahu životních událostí a duševního zdraví.** Jinými slovy lze hovořit o určitém potenciálu této vlastnosti tlumit negativní účinky ŽU na zdraví. Jedinci s vyšší mírou psychické flexibility se budou pravděpodobně lépe vyrovnávat s prožitými změnami a méně často u nich bude docházet ke zhoršení psychického stavu v důsledku působení životních událostí.

### **Rozdíly mezi muži a ženami**

Na závěr považujeme za zajímavé stručně zmínit rozdíly ve sledovaných proměnných mezi muži a ženami. Kolmogorov-Smirnovův test nepotvrdil předpoklad normality distribuce dat, a proto jsme se rozhodli k tomuto porovnání použít neparametrický Mannův-Whitneyův U test.

Výsledky ukázaly, že ženy skórují výše ve škále somatizace ( $Z = -3,278$ ,  $p < 0,01$ ). Z osobnostních charakteristik nacházíme statisticky významné rozdíly pouze u extravertů (ženy v našem souboru skórují v této dimenzi výše než muži;  $Z = -4,265$ ,  $p < 0,001$ ). Těmito rozdíly se

zde nebudeme dále podrobněji zabývat a uvádíme je pouze jako námět pro další možné výzkumy v oblasti životních událostí. Kompletní výsledky srovnání ukazuje příloha č. 4.

Uvedené výsledky můžeme nyní stručně shrnout takto: prožité události, a to zejména události negativní, pozitivně korelují s výskytem nežádoucích změn duševního zdraví. Výskyt těchto odchylek je navíc nejnápadnější u skupiny respondentů s největší hodnotou životní změny. K výraznějšímu zhoršení duševního zdraví tedy nejspíš dochází až po překročení určité hranice prožité zátěže. Vyšší úroveň psychické flexibility souvisí s lepším hodnocením zdravotního stavu a může tlumit negativní účinek prožitých událostí na zdraví. Subjektivně hodnocený zdravotní stav můžeme kromě psychické flexibility predikovat podle interní lokalizace kontroly a velikosti životní změny, která se na tomto stavu podílí v opačném směru než uvedené psychické charakteristiky. Výzkumné předpoklady stanovené v úvodu empirické části jsme tedy v představené studii potvrdili.

## 4. Diskuze

Výsledky našeho výzkumu jsou do značné míry v souladu se závěry některých studií citovaných v teoretické části práce.

V dostupných zdrojích literatury se nám bohužel nepodařilo najít studii, která by používala stejné metody, jaké jsme zvolili my. I přesto lze ovšem do určité míry srovnat naše výsledky se závěry jiných výzkumů zaměřených na sledování vztahu mezi ŽU a poruchami duševního zdraví. V následující části se proto pokusíme konfrontovat klíčové závěry naší práce s nálezy z odborné literatury.

Nalezení pozitivní korelace mezi prožitými událostmi a negativními změnami v psychické oblasti odpovídá výsledkům, ke kterým před námi dospěla celá řada studií. Příkladem uveďme práci Vinokura a Selzera (1973). Autoři pozorují u respondentů s vyšším výskytem ŽU zvýšenou úroveň distresu, psychické tenze a emočních poruch. Allen, McBee & Justice (1981) použili při zkoumání vlivu ŽU na psychosociální funkce jedince Škálu sociální readjustace-SRRS a stejně jako my nacházejí pozitivní souvislost mezi sledovanými proměnnými. Clarke & Singh (2005) nacházejí u svého souboru korelaci mezi životní zátěží měřenou SRRS a úrovní distresu zjišťovanou Dotazníkem všeobecného zdraví GHQ12  $r=0,250$ . Pearsonův koeficient korelace je u našeho souboru u uvedených proměnných rovněž  $r=0,250$ . Použití odlišné verze dotazníku GHQ bohužel poněkud limituje možnosti srovnání. Značný stupeň shody je zde nicméně zřejmý. Předložený výzkum tedy může být považován za další z početné řady empirických důkazů podporujících předpoklad o negativním vlivu ŽU na duševní zdraví (pro přehled viz např. Glickman, Tanaka, & Chan, 1991).

Pozitivní korelaci s negativními změnami duševního zdraví u našeho souboru pozorujeme

zejména v případě událostí negativních a v menší míře i u událostí neutrálních. Toto zjištění je v souladu s poměrně rozšířeným předpokladem o nežádoucnosti jako faktoru ovlivňujícím zdravotní důsledky ŽU. Zastánci uvedené koncepce se domnívají, že klíčovou charakteristikou prožitých změn, která ovlivňuje míru vyvolaného stresu a vede potažmo k poruchám zdraví, je právě jejich nežádoucnost (např. Gersten, Langner, Eisenberg & Orzek, 1974; Myers, Lindenthal & Pepper, 1974; Paykel, 1974; Sarason, Johnson & Siegel, 1978; Vinokur & Selzer, 1975 a další). Naše studie tedy tento předpoklad potvrzuje. Zároveň se zjištěné výsledky zdají být v rozporu s tvrzením autorů Škály sociálního přizpůsobení Holmese a Raheho o potenciálně škodlivém vlivu všech životních změn včetně pozitivních na zdraví jedince. Klíčovým faktorem ovlivňujícím náročnost prožité události je podle Holmese a jeho spolupracovníků velikost vyvolané změny bez ohledu na její charakter (Holmes & Masuda, 1974). Vzhledem k rozdílnému počtu událostí v jednotlivých kategoriích ovšem z našich výsledků nelze vyvodit spolehlivé závěry k tomuto tématu.

V určité shodě se závěry Holmese a Raheho (Holmes & Masuda, 1974) jsou výsledky srovnání souborů s různou mírou rizika. Závažnější zhoršení v psychické oblasti se podle našich zjištění objevuje až u výběru s hodnotou LCU přesahující 300 bodů, což je hranice, kterou uvedení autoři považují za počátek vysokého rizika vzniku onemocnění.

Zajímavá je zjištěná souvislost mezi některými osobnostními charakteristikami a zdravotním stavem. Negativní korelace výsledků v dotazníku GHQ28 a úrovní psychické flexibility měřené metodou AAQ-II. potvrzuje předpoklad Bonda & Bunce (2003), podle kterého je vyšší úroveň této charakteristiky významnou determinantou duševního zdraví. Bond et al. (n. d.) uvádějí korelaci psychické flexibility s výsledky v dotazníku GHQ90  $r = -0,310$ , námi zjištěná korelace této proměnné s použitou metodou GHQ28 je  $r = -0,553$ . Nalezený vztah je tedy silnější, nicméně vzhledem k použití odlišné verze dotazníku GHQ není uvedené srovnání zcela spolehlivé. Konceptu psychické flexibility podle našich informací doposud nebyla věnována pozornost v kontextu životních událostí, a proto nemůžeme naše výsledky porovnat se závěry jiných studií. Platnost zjištěných nálezů tedy můžeme doporučit k dalšímu ověření.

Negativní korelace mezi interní lokalizací kontroly a zdravotním stavem při absenci korelace této vlastnosti s prožitými událostmi naznačuje lepší zvládání prožitých změn u jedinců s vnitřním místem kontroly. Tento předpoklad rovněž odpovídá výsledkům dřívějších studií (např. Kilmann, Laval & Wanlass).

Výsledky regresní analýzy závisí na zahrnutých proměnných a srovnání s jinými pracemi by tedy podle našeho názoru bylo nepřiliš spolehlivé. Domníváme se ale, že naše závěry

odpovídají předpokladům uvedeným v teoretické části práce.

Celkově si snad můžeme dovolit shrnutí, že pro předložené závěry nacházíme podporu v řadě odborných publikací. Naše práce v podstatě potvrzuje mnohá přesvědčení, jejichž přehledu jsme se věnovali především v teoretické části, a její výsledky tak v tomto směru nejsou překvapující. Přestože rozdíly v metodách i souboru respondentů na jedné straně značně limitují možnosti porovnání závěrů, můžeme se na druhou stranu domnívat, že nalezená shoda výsledků při použití rozdílných metod pro měření jednotlivých proměnných může být považována za cenný důkaz sledovaného vztahu mezi prožitými událostmi, zhoršením duševního zdraví a zprostředkujícího vlivu vybraných osobnostních charakteristik.

Přestože jsou výsledky uvedeného výzkumu v mnoha ohledech zajímavé, jejich platnost je z různých důvodů značně limitována. V následující části se pokusíme představit hlavní nedostatky a úskalí práce, které by bylo žádoucí v dalších výzkumech na podobné téma eliminovat či alespoň minimalizovat.

První skupina omezení se týká již samotného souboru respondentů. Tento výběrový soubor nemůže být považován za reprezentativní a platnost výsledků tedy nelze zobecňovat na celou populaci. Vzhledem k zaměření výzkumu na studenty univerzity náš soubor není reprezentativní z hlediska věku, vzdělání a dalších proměnných. Rovněž vyšší zastoupení žen může ovlivňovat dosažené výsledky.

Zjištěné poznatky nicméně mohou být cenným vodítkem a námětem pro další výzkumy ve sledované oblasti.

Jelikož byli všichni naši respondenti finské národnosti, bylo by nepochybně potřeba zmapovat interkulturní platnost závěrů. Naším cílem je zaměřit se v další vědecké práci právě na rozšíření souboru o příslušníky jiných národností a provést mezikulturní srovnání výsledků.

Vzhledem k tomu, že účast ve výzkumu byla dobrovolná, můžeme se domnívat, že se studie zúčastnili studenti, kteří mají k podobným projektům kladný vztah, a mohou být rovněž vnímavější ke skutečnostem, které se jich osobně dotýkají. Těmito zkušenostmi mohou být jednak prožité události, ale také vlastní zdraví. Předpokládáme, že respondenti, kteří i přes značnou časovou náročnost výzkum dokončili, budou více motivováni sdílet informace o sobě s druhými lidmi. Zároveň by pro tuto skupinu mohlo být jednodušší si své zážitky a prožitky uvědomovat a vypovídat o nich. Se značnou opatrností předkládáme domněnku, že způsob výběru vzorku může do určité míry stát v pozadí nalezených korelací mezi prožitými událostmi a zdravotním stavem. Proces výběru respondentů nepochybně limituje platnost

závěrů.

Vysokoškolští studenti pravděpodobně procházejí obdobím, které je poměrně bohaté na životní změny. Tyto změny se mohou týkat především partnerských vztahů, studia, profesní kariéry, zakládání vlastní rodiny, odchodu generace prarodičů a finančních otázek. Předpokládáme tedy, že prožité události budou u této skupiny odlišné co do počtu i složení od prožitků příslušníků jiných věkových kategorií. Životní zkušenosti se mohou různit i u studentů prvních a posledních ročníků. Rovněž zdravotní stav i jeho hodnocení se bude u mladých lidí pravděpodobně lišit oproti starší generaci. Je tedy zřejmé, že pro zobecnění dosažených výsledků by bylo potřeba zohlednit také věk respondentů a začlenit do souboru příslušníky všech věkových skupin.

Další výhrady se týkají samotných použitých metod, které mají nepochybně své nedostatky.

O nejčastějších výtkách vůči Škále sociální readjustace již byla řeč ve druhé kapitole teoretické části práce. Rovněž v našem výzkumu musíme brát kritické připomínky řady odborníků v úvahu při interpretaci výsledků. Stejně jako v jiných výzkumech používajících tuto metodu zde vyvstává riziko nalezení falešně pozitivního vztahu mezi prožitými událostmi a zhoršením zdravotního stavu způsobené zahrnutím některých potenciálních příznaků nemoci mezi položky inventáře. Rovněž váha jednotlivých událostí přiřazená autory položkám dotazníku v šedesátých letech dvacátého století nemusí již dnes spolehlivě odrážet skutečnou velikost zátěže vyvolané těmito prožitky. Inventář navíc nemusí obsahovat všechny události prožité respondentem. I přes tyto a další výhrady zůstává Škála sociální readjustace dodnes ceněným a často využívaným nástrojem pro měření prožité zátěže, a i v našem případě i přes určité limity přináší důležité informace o životních zkušenostech respondentů. Pro zpřesnění výsledků by nicméně mohlo být užitečné doplnění této metody o osobní rozhovor nebo kombinace s dalšími inventáři ŽU. Otázkou k diskuzi i nadále zůstává, zda sledovat pouze negativní nebo i pozitivní ŽU. Výsledky našeho výzkumu ukazují na silnější souvislost mezi negativními událostmi a zhoršením zdravotního stavu. Vzhledem k nevyváženému zastoupení jednotlivých kategorií by ale bylo potřeba tuto skutečnost dále prověřit.

Dotazník všeobecného zdraví GHQ28 zjišťuje primárně odchylky od běžného stavu a nezachycuje objektivní úroveň příznaků. Závěry výzkumu nám tedy mohou napovědět, zda došlo u respondenta ke změně v oblasti duševního zdraví oproti normální situaci, ale neposkytují spolehlivé informace o přítomnosti či absenci psychické poruchy. Pokud bychom tedy chtěli zachycovat objektivní duševní stav respondentů, museli bychom vhodným způsobem použít soubor standardizovaných diagnostických nástrojů.

Další omezení spojené s Dotazníkem GHQ28 představuje subjektivní hodnocení míry příznaků jedincem. Jak již bylo několikrát zmíněno, vnímání vlastního zdraví může být ovlivněno osobností respondenta a dalšími faktory. Výsledné skóre tak odráží kromě skutečného stavu také další charakteristiky sledovaného jedince. Nejčastěji se v této souvislosti hovoří o úrovni neuroticismu. Podle poznatků Costy a McCrae (1992) je důležité kontrolovat tuto proměnnou v situacích, kdy potřebujeme ze subjektivního hodnocení zdravotního stavu odhadnout jeho skutečnou hodnotu. Vyšší úroveň neuroticismu může uměle zvyšovat dosažené skóre směrem k falešně pozitivním případům. V našem výzkumu jsme se ovšem zaměřili na vztah mezi prožitými událostmi, osobnostními charakteristikami a subjektivně hodnoceným duševním zdravím, přičemž se výsledky v dotazníku GHQ28 nesnažíme ztotožňovat se skutečnou úrovní zdravotního stavu. K prozkoumání souvislosti mezi nezávisle proměnnými a objektivní mírou zdraví by bylo potřeba použít jiné výzkumné metody. V budoucnu by proto mohlo být zajímavé ověřit dosažené výsledky s použitím jiných nástrojů pro měření duševního zdraví jedince, které by umožňovaly lépe odhadnout jeho skutečnou hodnotu. Nemusíme ovšem zdůrazňovat, že zachycení „objektivní“ úrovně zdraví je z povahy věci v podstatě nemožné. Nepochybně ale existují metody, které by poskytly přesnější informace o zdraví jedince, jež by se skutečnému stavu blížily více než skóre v dotazníku GHQ28.

Metoda TIPI poskytuje spíše orientační představu o osobnostním profilu respondentů. Nalezené souvislosti mezi dimenzemi Velké pětky a zdravotním stavem můžeme považovat spíše za cenný podnět pro budoucí výzkumy než za spolehlivě platný poznatek. Vzhledem k omezené spolehlivosti použitého osobnostního dotazníku doporučujeme ověřit zjištěné poznatky pomocí prověřených metod s lepšími psychometrickými vlastnostmi.

Psychická flexibilita ve smyslu akceptace je v oblasti životních událostí poměrně nový koncept. Prokázání souvislosti mezi touto vlastností a hodnocením vlastního zdraví, jakož i odhalení potenciálně protektivního účinku psychické flexibility vůči působení ŽU, lze nepochybně považovat za cenné poznatky. Metoda AAQ-II. je nicméně poměrně nová a dosažené výsledky tak musíme brát s určitou rezervou. Psychometrické charakteristiky dotazníku je dle našeho názoru potřeba blíže upřesnit a rovněž samotný koncept akceptace by bylo vhodné v kontextu životních událostí podrobněji rozpracovat. Vzhledem k menšímu počtu zkušeností s tímto nástrojem přesto považujeme jeho využití v předložené práci za inovativní a přínosné.

Zjišťování místa kontroly se stejně jako hodnocení zdravotního stavu opírá o sebehodnocení respondenta a může být opět zkresleno celou řadou (zejména osobnostních)

faktorů. Vzhledem ke srozumitelnému popisu konceptu LOC se nicméně domníváme, že respondenti byli schopni do určité míry spolehlivě odhadnout míru interní lokalizace kontroly.

Kromě uvedených námitek týkajících se jednotlivých nástrojů je potřeba dále zmínit, že reliabilita použité testové baterie nebyla zjišťována. Dosažené výsledky tedy mohou být ovlivněny například pořadím metod a dalšími faktory.

Značným problémem, který se týká použitých nástrojů, by rovněž mohla být určitá jazyková bariéra. Použité metody byly administrovány v angličtině, která ovšem není mateřským jazykem respondentů. I přes výbornou znalost anglického jazyka většiny finských studentů se můžeme domnívat, že porozumění otázkám může být v některých případech lehce sníženo. Tento nedostatek jsme se snažili částečně vyřešit pomocí pilotního výzkumu, ve kterém jsme na souboru 20 studentů testovali mimo jiné srozumitelnost otázek. Oslovení respondenti neuváděli obtíže týkající se pochopení formulací, a proto jsme se rozhodli pro anglickou verzi metod. Hlavním důvodem tohoto kroku byl původní výzkumný plán, který zahrnoval i zahraniční studenty univerzity. Jak již bylo zmíněno výše, nízká návratnost odpovědí této skupiny nás vedla k rozhodnutí zařadit do konečného souboru pouze respondenty finské národnosti. Účastníci studie měli možnost napsat své postřehy a komentáře do speciální kolonky. Ze všech uvedených připomínek se pouze jediná týkala obtížného jazykového porozumění otázkám. Domníváme se tedy, že výsledky výzkumu nejsou využitím anglické verze dotazníků výrazněji zkresleny. Pro další práce v této oblasti bychom nicméně doporučili používat dotazníky v rodném jazyce respondentů.

Použitý výzkumný plán je retrospektivní, což s sebou nese opět určité problémy. Jak již bylo zmíněno v kapitole věnované metodologickým aspektům výzkumu ŽU, nevýhodou retrospektivních studií může být například obtížné vybavování prožitých událostí nebo dodatečné zkreslení jejich závažnosti. S druhou výtkou se vyrovnává Škála sociální readjustace stanovením míry „zátěžovosti“ pro každou událost zahrnutou v inventáři. Riziko obtížného vybavování události však zůstává aktuální. Z tohoto důvodu jsme zjišťovali prožité události v období uplynulého roku. Tato lhůta je podle našeho názoru obdobím, které lze, pokud jde o prožité situace, poměrně spolehlivě uchovat v paměti.

Velmi důležitá je otázka načasování výzkumu. Sběr dat probíhal v měsících květnu a červnu, které jsou obvykle vyhrazeny zkouškám a jiným atestacím v závěru školního roku. Přestože je ve Finsku systém studia poněkud odlišný od českého a atestace zde probíhají v průběhu celého semestru, lze uvedené období považovat pro studenty za značně zátěžové. Zjištěné negativní změny v psychické oblasti mohou být podle našeho názoru alespoň částečně připsány právě na vrub zkouškovému stresu. Na druhou stranu je potřeba uvést, že



období pozdřího jara a začátku léta je pro Finy značně optimistickou částí roku v porovnání s chladnými a tmavými zimními měsíci. Tato skutečnost by naopak mohla vést k lepší psychické kondici respondentů. S uvedenými výhradami by bylo možné se vyrovnat například opakováním výzkumu v odlišných ročních obdobích.

Poslední skupina výhrad se týká samotného zpracování získaných dat.

Použitá korelační analýza sice potvrdila souvislost mezi prožitými událostmi a zhoršením zdravotního stavu, nicméně tyto výsledky nám neříkají nic o povaze tohoto vztahu. Nemůžeme tedy na tomto místě hovořit o kauzálním působení životních změn. Prospektivní design výzkumu by mohl pomoci k lepšímu porozumění vztahu mezi uvedenými proměnnými. V pozadí nalezených souvislostí by mohl v našem výzkumu stát jiný faktor, kterého si nejsme vědomi, a který současně ovlivňuje hodnoty závisle i nezávisle proměnných.

Kromě všech uvedených poznámek se předložené studie týkají také další problémy, se kterými se výzkum životních událostí obecně potýká. Těmto úskalím a rizikům jsme se podrobně věnovali v teoretické části práce.

I přes značnou obtížnost výzkumu ve zvolené oblasti jsou podle našeho názoru dosažené výsledky přínosné a zajímavé. Existenci souvislosti mezi natolik odlišnými skutečnostmi, jako jsou časově vzdálené události na straně jedné a aktuální zdravotní stav na straně druhé, považujeme za imponující.

Pro lepší pochopení naznačených souvislostí bychom doporučili v budoucích výzkumech volbu reprezentativního vzorku populace. Rovněž použití spolehlivějších metod pro zachycení sledovaných proměnných by přispělo ke zpřesnění výsledků. Za zajímavý podnět považujeme také zavedení věkového hlediska do podobných výzkumů ŽU a srovnání výsledků v rámci odlišných kultur. Rovněž rozdíly mezi muži a ženami v prožívání a vnímání životních změn, které jsme v naší práci pouze stručně naznačili, si zaslouží patřičnou pozornost. Bližší zmapování vlivu osobnosti na prožívané události by bylo nepochybně cenné pro lepší pochopení vícesměrného vztahu mezi ŽU, nemocí a osobnostním profilem jedince.

# ZÁVĚR

Životní situace a události, kterými člověk čas od času prochází, mohou být zdrojem určité zátěže a za jistých okolností mohou stát v pozadí celé řady onemocnění. Vztahem mezi různými kategoriemi životních událostí a zhoršením zdravotního stavu se odborníci ve větší míře zabývají od 60. let dvacátého století. Podnětem pro rozvoj zájmu o tuto problematiku bylo uveřejnění Škály sociální readjustace autorů Holmesa a Raheho v roce 1967. Od této doby byly uskutečněny řádově tisíce studií, které mimo jiné prokázaly spojitost mezi životní zátěží a vznikem takových onemocnění, jako jsou nemoci srdce a cév, nemoci trávicí soustavy, astma, kožní onemocnění, bolesti hlavy a zad a další. Oslabení funkce imunitního systému, ke kterému může vlivem silné zátěže docházet, zvyšuje náchylnost organismu vůči různým druhům infekcí a dalším chorobám. Hovoří se o souvislosti mezi životními událostmi a nádorovými onemocněními. V psychické oblasti jsou s výskytem ŽU nejčastěji spojovány poruchy afektivního, psychotického a neurotického rázu.

Povaha vztahu mezi ŽU a nemocí ovšem dosud není zcela objasněna. Mezi nejčastěji zmiňované mechanismy účinku prožitých změn patří stresové reakce organismu, jejichž nadměrná či příliš častá aktivace může vést k poškození orgánových a tkáňových soustav.

Působení životních událostí je ovlivněno celou řadou rozličných faktorů. Již samotná povaha prožitých změn ovlivňuje jejich dopady na jedince. Odborníci se domnívají, že zejména nežádoucí, nekontrolovatelné, neočekávané a jinak negativní události mohou být zdrojem velmi silné zátěže. Důležité je také období výskytu ŽU a předchozí zkušenosti jedince s podobnými situacemi.

Mezi jedinci existují značné rozdíly ve vnímání životních změn. Stejně situace mohou být různými lidmi posuzovány diametrálně odlišně. Dopady prožitých událostí včetně jejich potenciálních zdravotních důsledků se tedy budou lišit nejen podle jejich druhu, ale také interindividuálně. Vrozená náchylnost ke vzniku onemocnění, sociální opora, psychická odolnost, schopnost zvládat zátěž či osobnostní nastavení jsou jen některé z faktorů, které ovlivňují dopad životních změn na člověka.

Oblast životních událostí je metodologicky velmi problematická. Značnou obtíž představuje již zachycování sledovaných proměnných. Nejčastěji používanými nástroji pro zjišťování životní zátěže plynoucí z prožitých událostí jsou různé inventáře ŽU, ale existují i metody založené na individuálním rozhovoru s respondentem. Hodnocení zdravotního stavu představuje rovněž značně složitý úkol, který ještě silně komplikuje fenomén tzv. *illness behavior* (chování jako nemocný). Výzkumníci pro zjišťování úrovně zdraví nejčastěji využívají lékařské záznamy či subjektivní výpovědi jedince. Pečlivý výběr a další zlepšování

metod pro zachycování uvedených proměnných by v budoucnu mohlo přinést přesnější informace o vztahu mezi ŽU a vznikem nemocí.

Působení prožitých změn na zdraví jedince je složitý a multifaktoriální jev, jehož přesnou povahu zatím bohužel neznáme. I přesto ale můžeme na základě dosavadních informací shrnout, že závažné životní události mohou představovat významný rizikový faktor pro vznik nemocí, který by neměl být odborníky podceňován. Výsledky výzkumů ve sledované oblasti je možné v praxi využít nejen v rámci prevence onemocnění, ale také k nápravě nežádoucích důsledků životních změn. Použití inventářů životních událostí například v rámci preventivních lékařských prohlídek by mohlo pomoci identifikovat míru zátěže v životě jedince, jejíž zvýšená hodnota by mohla být indikací k preventivnímu terapeutickému působení. Pochopení způsobů, kterými ŽU na naše zdraví působí, by rovněž mohlo přispět k lepšímu výběru adekvátních způsobů léčby. Znalost sledované problematiky by také mohla být užitečná pro všechny odborníky, kteří se zabývají zdravým životním stylem, psychohygienou a dalšími souvisejícími obory. Uvedené poznatky považujeme za inspirativní v neposlední řadě pro všechny jedince, kteří věnují pozornost svému zdraví a snaží se o minimalizaci faktorů, které ho mohou narušit.

V našich podmínkách je ve využívání poznatků výzkumu ŽU v naznačených oblastech podle našeho názoru značná rezerva a pozornost věnovaná problematice životních událostí se nám nezdá být dostatečná. Cílem předložené práce tak bylo přiblížit toto téma českému čtenáři a upozornit ho na klíčové poznatky, ke kterým zahraniční studie v této oblasti dospěly. Snažili jsme se poukázat na složitost tématu, které je v podstatě tvořeno mnoha dílčími celky. Vzhledem k omezenému rozsahu práce nemohla být věnována pozornost všem souvisejícím oblastem, ale pouze vybraným stěžejním informacím. Záměrně jsme se nepokoušeli o syntézu stávajících poznatků a ponecháváme na čtenáři, aby si o představené oblasti udělal vlastní představu na základě naznačených témat.

V empirické části předložené práce jsme se snažili výzkumně ověřit vztah mezi prožitými událostmi a negativními změnami zdraví. Dále jsme zjišťovali úlohu psychické flexibility v tomto vztahu a nakonec jsme navrhli teoretický model pro predikci psychického zdraví měřeného dotazníkem GHQ28.

Výsledky studie, které se zúčastnilo 258 respondentů finské národnosti, ukázaly několik zajímavých souvislostí mezi prožitými událostmi, zdravotním stavem a osobnostními charakteristikami jedince.

Velikost životní změny vyjádřená jako součet hodnot jednotlivých událostí prožitých v uplynulém roce (hodnotou události rozumíme tzv. jednotku životní změny - LCU, která

vyjadřuje míru přizpůsobení nutnou ke zvládnutí dané události) u našeho souboru pozitivně koreluje s výskytem příznaků zhoršeného duševního zdraví. Pozitivní korelaci prožitých událostí a negativních odchylek od běžného stavu nacházíme jednak u celkového zdravotního stavu a také u všech dílčích subškál dotazníku GHQ28, kterými jsou somatizace, úzkostnost a nespavost, sociální dysfunkce a závažná deprese. Jedinci s větší mírou prožité zátěže uvádějí více symptomů indikujících zhoršení duševního zdraví oproti normálnímu stavu.

Uvedený vztah mezi ŽU a psychickým zdravím se týká zejména událostí negativních a ve slabší míře událostí neutrálních. U pozitivních událostí naopak nepozorujeme statisticky významnou korelaci se zdravotním stavem. Můžeme se tedy domnívat, že zejména nežádoucí změny v životě jedince navozují distres a v závažnějších případech mohou vést k poruchám duševního zdraví.

Mezi jednotlivými kategoriemi událostí nacházíme pozitivní korelaci, což může svědčit pro určitou tendenci respondentů uvádět obecně spíše více nebo spíše méně událostí.

Skupiny respondentů s rozdílnou mírou zátěže vyjádřenou hodnotou LCU se mezi sebou signifikantně liší jednak v celkovém skóru dotazníku GHQ28, jednak ve všech dílčích škálách s výjimkou subškály úzkostnost/nespavost. Se vzrůstajícím rizikem vzniku onemocnění u našeho souboru přibývá příznaků upozorňujících na duševní distres, potažmo poruchy v psychické oblasti. Probandi s hodnotami životní změny přesahujícími 300 LCU (podle autorů Škály sociální readjustace představuje tato hranice vysoké riziko vzniku onemocnění) uvádějí již průměrně takové množství nežádoucích změn psychického stavu, které by mohly být dle tvůrců dotazníku GHQ28 příznakem počínající poruchy v této oblasti. Nárůst příznaků zhoršeného zdraví u našeho souboru není postupný vzhledem k velikosti životní změny, ale dochází k němu viditelněji až po překročení určité míry zátěže. Skupina respondentů s vysokým rizikem vzniku onemocnění se svými celkovými příznaky signifikantně liší od obou zbývajících skupin, zatímco mezi skupinami s nízkým a mírným/středním rizikem statisticky významné rozdíly nepozorujeme.

Psychická flexibilita se velmi významně podílí na vnímání vlastního zdraví. U našeho souboru nacházíme silnou negativní korelaci mezi úrovní této charakteristiky a výsledky v Dotazníku všeobecného zdraví (GHQ28). Jedinci s vyšší mírou flexibility tedy uvádějí méně často negativní změny duševního zdraví. Psychická flexibilita je zároveň lepším prediktorem zdravotního stavu než prožité životní události, z čehož můžeme usuzovat na její potenciál tlumit negativní dopady prožitých změn na zdravotní stav.

Zdravotní stav vyjádřený dosaženým skóre v dotazníku GHQ28 můžeme u našeho souboru respondentů predikovat na základě informací o úrovni psychické flexibility (výsledný

skór v dotazníku AAQ-II), velikosti prožité zátěže (počet událostí označených ve Škále sociální readjustace vynásobený příslušnými hodnotami životní změny) a umístění kontroly (výsledek sebehodnocení respondenta na desetibodové škále s vyšším skórem značícím interní LOC). Do predikčního modelu jsme zahrnuli ještě emoční stabilitu, jejíž nízké hodnoty mohou rovněž vyjadřovat míru neuroticismu. Zařazení této charakteristiky nicméně nezvyšuje významně míru vysvětlené variability závisle proměnné. Bližší zmapování role této psychické vlastnosti ve vztahu k prožitým událostem a zdravotnímu stavu ovšem nebylo primárním úkolem této práce a můžeme jej tedy doporučit k dalšímu zkoumání.

Výsledky našeho výzkumu ukázaly na souvislost mezi prožitými událostmi a negativními změnami v oblasti duševního zdraví. Tato souvislost je nejsilnější u událostí negativních a příznaků zhoršeného zdraví výrazně přibývá po dosažení určité velikosti prožité zátěže. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu je ovšem silně ovlivněno osobností jedince. Z námi sledovaných charakteristik se zejména psychická flexibilita významně podílí na vnímání vlastního zdraví. Předpokládáme také, že tato vlastnost může pomáhat lepšímu zvládnání životních událostí a tím tlumit jejich potenciálně škodlivé účinky na zdraví jedince. Dalším důležitým prediktorem zdravotního stavu se vedle velikosti životní změny a psychické flexibility ukázala být interní lokalizace kontroly, která negativně koreluje s výsledky dotazníku GHQ28, a hovoří tedy pro lepší zdravotní stav těchto jedinců. Výsledky našeho výzkumu jsou tak v podstatě v souladu se závěry studií citovaných v teoretické části práce o potenciálně negativním vlivu prožitých událostí na psychické zdraví jedince a o významném vlivu osobnostních proměnných na tento proces.

Na konec bychom si dovolili stručně naznačit praktické implikace našich závěrů v podobě návrhů intervenčních opatření pro lidi vystavené působení ŽU. Jak jsme viděli, jedinci s nižší hodnotou životní změny vykazují v psychické oblasti spíše jisté známky distresu než poruchy duševního zdraví. Můžeme se tedy domnívat, že dodržování zásad psychohygieny, vyvážená strava, fyzická aktivita a případně relaxace by u těchto jedinců mělo pomoci k účinnému zvládnutí prožité zátěže a minimalizaci rizika vzniku onemocnění. U jedinců s vysokou mírou životní zátěže by nejspíš byla potřeba systematictější práce směřující k obnovení psychické pohody. Kromě nácviku relaxace a dodržování zásad zdravého životního stylu je zde možno doporučit konzultaci s odborníkem, který by mohl jednak identifikovat počínající psychickou poruchu a dále navrhnout vhodná terapeutická opatření. V málo závažných případech by mohl klienta seznámit s technikami zvládnání stresu.

Vzhledem k existenci nástrojů umožňujících odhadnout míru zátěže a z ní vyplývajícího rizika vzniku nemoci po prožití závažných změn (např. použitá Škála sociální readjustace) by

bylo nepochybně užitečné jejich využívání v praxi. Jednou z možností je sledování prožitých událostí v rámci preventivních lékařských vyšetření, které by mohlo identifikovat potřebu zvýšené péče o duševní zdraví pacienta v kritickém období.

Snadnost použití metody ovšem vybízí i k jejímu domácímu využití. Každý člověk by si mohl snadno změřit míru prožité zátěže v uplynulém období<sup>12</sup> a podle toho věnovat pozornost případným opatřením v oblasti životosprávy, odpočinku a dalších psychohygienických prvků.

Sledování a měření prožitých událostí by, zjednodušeně řečeno, mělo jedince v případě jejich zvýšené kumulace upozornit na to, že možná prochází rizikovým obdobím a měl by věnovat svému tělu i mysli zvýšenou péči. Zpomalení pracovního tempa, dovolená, zvýšený příděl spánku, různé druhy relaxace, lehká a zdravá strava stejně jako dostatek pohybu či posílení pozitivních sociálních vazeb jsou jen některá doporučení, která mohou jedinci v této zátěžové situaci využít k jejímu lepšímu zvládnutí.

Celkově můžeme říci, že v případě životních událostí můžeme k preventivním i terapeutickým účelům doporučit všechny techniky zvládání zátěže, které jsou podrobněji rozpracovány odborných publikacích věnovaných tomuto tématu (např. Křivohlavý, 2001). Konkrétní postup by bylo v případě potřeby možné upravit dle specifického charakteru působících událostí. Klíčové je podle našeho názoru vytvořit u laické i odborné veřejnosti povědomí o životních událostech jako jednom z rizikových faktorů vzniku onemocnění, kterému je třeba věnovat patřičnou pozornost.

---

<sup>12</sup> Toto tvrzení zde uvádíme s vědomím všech souvisejících úskalí zmiňovaných v teoretické části práce.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Allen, R. H., McBee, G., & Justice, B. (1981). Influence of Life Events on Psychosocial Functioning. *The Journal of Social Psychology*, 113, 95-100.

Andrews, G., & Tennant, C. (1978). Life Event Stress and Psychiatric Illness. *Psychological Medicine*, 8, 545-549.

Antonovsky, A. (1974). Conceptual and Methodological Problems in the Study of Resistance Resources and Stressful Life Events. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 245-258). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Arthur, R. J. (1979). Extreme Stress in Adult Life and its Psychic and Psychophysiological Consequences. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 195-207). Springfield, USA: Charles C. Thomas.

Balk, E., Lynskey, M. T., & Agrawal, A. (2009). The Association Between DSM-IV Nicotine Dependence and Stressful Life Events in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(Iss. 2), 85-90.

Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha, ČR: Grada Avicenum.

Bergh, H., Baigi, A., Fridlund, B., & Marklund, B. (2006). Life Events, Social Support and Sense of Coherence Among Frequent Attenders in Primary Health Care. *Public Health* 120(Iss. 3), 229-236.

Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., et al. (n. d.). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II.: A Revised Measure of Psychological Flexibility and Acceptance. [Manuscript submitted for publication].

Břicháček, V., & Vojtík, V. (1985). Životní události v percepci psychiatricky hospitalizovaných pacientů a jejich rodičů. *ČSL psychologie*, 29(1), 45-51.

- Brodstedt, E. M., & Pedersen, N. L. (2003). Stressful Life Events and Affective Illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 208-215.
- Brown, G. W. (1974). Meaning, Measurement and Stress of Life Events. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 217-243). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Brown, G. W. (1979). Life-Events and the Onset of Depressive and Schizophrenic Conditions. In E. K. E. Gunderson, & R. H. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 164-188). Springfield, USA: Charles C. Thomas.
- Brown, G. W. (1989). Life Events and Measurement. In Brown, G. W., & Harris, T. O. (Eds.), *Life Events and Illness* (pp. 3-45). New York, USA: The Guilford Press.
- Brown, G. W. (1993). Life Events and Affective Disorder: Replications and Limitations. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 248-259.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (Eds.). (1989). *Life Events and Illness*. New York, USA: The Guilford Press.
- Cannon, W. B. (1927). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage - An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement*. New York and London: D. Appleton and Company.
- Cannon, W. B. (1967). *The Wisdom of the Body*. New York, USA: W. W. Norton and Company, Inc.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Thornton, A., Freedman, D., et al. (1996). The Life History Calendar: A Research and Clinical Assessment Method for Collecting Retrospective Event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6(2), 101-114.
- Chalmers, B. E. (1982). Stressful Life Events: Their Past and Present Status. *Current Psychological Reviews*, 2, 123-138.
- Charvát, J. (1970). *Život, adaptace a stres*. Praha, ČR: Avicennum, zdravotnické nakladatelství.



- Clarke, D., & Singh, R. (2005). The Influence of Pessimistic Explanatory Style on the Relation Between Stressful Life Events and Hospital Doctor 's Psychological Distress. *Social Behavior and Personality*, 33, 259-272.
- Cline, D. V., & Chosy, J. J. (1972). A Prospective Study of Life Changes and Subsequent Health Changes. *Archives of General Psychiatry*, 27(1), 51-53.
- Cobb, S. (1974). A Model for Life Events and Their Consequences. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 151-156). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive Events and Social Support as Buffers of Life Change Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99-125.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis. A Theoretical Analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ.
- Cohen S., Tyrrell D. A. J., & Smith AP (1991). Psychological Stress in Humans and Susceptibility to the Common Cold. *New England Journal of Medicine*, 325, 606-612.
- Cooper, B., & Sylph, J. (1973). Life Events and Onset of Neurotic Illness. An Investigation in General Practice. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences* 3(4), 421-435.
- Costa, P. T, Jr., & McCrae, R. R. (1992). *NEO PI-R. Professional Manual. Revised NEO Personality Inventoty (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*. Lutz Florida, USA: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Crandall, J. E., & Lehman, R. E. (1977). Relationship of Stressful Life Events to Social Interest, Locus of Control, and Psychological Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(6), 1208.
- Cropley, M., & Steptoe, A. (2005). Social Support, Life Events and Physical Symptoms: A Prospective Study of Chronic and Recent Life Stress in Men and Women. *Psychology, Health & Medicine*, 10(4), 317-325.

- Denney, D. R., & Frish, M. B. (1981). The Role of Neuroticism in Relation to Life Stress and Illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(4), 303-307.
- Dixon, W. A., & Reid, J. K. (2000). Positive Life Events as a Moderator of Stress-related Depressive Symptoms. *Journal of Counseling & Development*, 78(Iss. 3), 343-347.
- Dohrenwend, B. P. (1974). Problems in Defining and Sampling the Relevant Population of Stressful Life Events. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 275-310). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying Stressful Life Events as Risk Factors for Psychopathology: Toward Resolution of the Problem of Intracategory Variability. *Psychological Bulletin*, 132(3), 477-495.
- Dohrenwend, B. P., & Egri, G. (1981). Recent Stressful Life Events and Episodes of Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 1, 12-23.
- Dohrenwend, B. S. (1973). Social Status and Stressful Life Events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28(2), 225-235.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (Eds.). (1974a). *Stressful life events: Their Nature and Effects*. New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1974b). A Brief Historical Introduction to Research on Stressful life Events. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 1-5). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1974c). Overview and Prospects for Research on Stressful Life Events. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 313-331). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Dodson, M., & Shrout, P. E. (1984). Symptoms, Hassless, Social Supports, and Life Events: Problem of Confounded Measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 222-230.

- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., & Dohrenwend, B. P. (1978). Exemplification of a Method for Scaling Life Events: The PERI Life Events Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(June), 205-229.
- Friedman, H. S. (2008). The Multiple Linkages of Personality and Disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(5), 668-675.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2009). Cognitive Coping and Psychological Adjustment in Different Types of Stressful Life Events. *Individual Differences Research*, 7(3), 168-181.
- Gerhardt, U. (1979). Coping and Social Action: Theoretical Reconstruction of the Life Event Approach. *Sociology of Health and Illness*, 1(2), 195-225.
- Gersten, J. C., Langner, T. S., Eisenberg, J. G., & Orzek, L. (1974). Child Behavior and Life Events: Undesirable Change or Change Per Se? In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 159-170). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Glickman, L., Tanaka, J. S., & Chan, E. (1991). Life Events, Chronic Strain, and Psychological Distress: Longitudinal Causal Models. *Journal of Community Psychology*, 19, 283-305.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London, UK: Oxford University Press.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B., Jr. (2003). A Very Brief Measure of the Big-Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-28.
- Grinker, R. R., & Spiegel, J. P. (1945). *Men under Stress*. Philadelphia, USA: Blakiston.
- Gunderson, E. K. E., & Rahe, R. H. (Eds.). (1979). *Life Stress and Illness*. Springfield, USA: Charles C. Thomas.
- Harris, T. O. (1989). Physical Illness: An Introduction. In G. W. Brown, & T. O. Harris (Eds.), *Life Events and Illness* (pp. 199-212). New York, USA: The Guilford Press.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha, ČR: Portál.

- Hatch, S. L., & Dohrenwend, B. P. (2007). Distribution of Traumatic and Other Stressful Life Events by Race/Ethnicity, Gender, SES and Age: A review of the Research. *American Journal of Community Psychology*, 40, 313-332.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The psychological Record*, 54, 553-578.
- Heisel, S. J. (1972). Life Changes as Aetiologic Factors in Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 411-420.
- Hinkle, L. E., Jr. (1974). The Effect of Exposure to Culture Change, Social Change, and Changes in Interpersonal Relationships on Health. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 9-44). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Hirsh, J. K., Wolford, K., LaLonde, S. M., Brunk, L., & Parker-Morris, A. (2009). Optimistic Explanatory Style as a Moderator of the Association Between Negative Life Events and Suicide Ideation. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(1), 48-53.
- Holmes, T. H. (1978). Life Situations, Emotions, and Disease. *Psychosomatics*, 19(12), 747-754.
- Holmes, T. H., & Masuda, M. (1974). Life Change and Illness Susceptibility. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 45-72). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horowitz, M. J., Schaeffer, C., & Cooney, P. (1979). Life Event Scaling for Recency of Experience. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 125-133). Springfield, USA: Charles C. Thomas.
- Horowitz, M. J., Schaeffer, C., Hitoro, D., Wilner, N., & Levin, B. (1977). Life Events Questionnaires for Measuring Presumptive Stress. *Psychosomatic Medicine*, 39(6), 413-431.
- Hovanitz, C. A. (1986). Life Events Stress and Coping Styles as Contributors to Psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 34-41.

Hudgens, R. W. (1974). Personal Catastrophe and Depression: A Consideration of the Subject with Respect to Medically Ill Adolescents, and a Requiem for Retrospective Life-Events Studies. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 119-134). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Jorgensen, R. S., Frankowski, J. J., & Carey, M. P. (1999). Sense of Coherence, Negative Life Events and Appraisal of Physical Health Among University Students. *Personality and Individual Differences*, 27(6), 1079-1089.

Kagan, A. (1979). Psychosocial Factors in Disease: Hypotheses and Future Research. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 41-57). Springfield, USA: Charles C. Thomas.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of Two Models of Stress Management: Daily Hassles and Uplifts versus Major Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.

Kapçı, E. G., & Cramer, D. (2000). The Mediation Component of the Hopelessness Depression in Relation to Negative Life Events. *Counselling Psychology Quarterly*, 13 (Iss. 4), 413-423.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha, ČR: Academia.

Kellam, S. G. (1974). Stressful Life Events and Illness: A Research Area in Need of Conceptual Development. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 207-214). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.

Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender Differences in the Rates of Exposure to Stressful Life Events and Sensitivity to Their Depressogenic Effects. *American Journal of Psychiatry*, 158, 587-593.

Kessler, R. C. (1997). The Effects of Stressful Life Events on Depression. *Annual Reviews Psychological*, 48, 191-214.

- Kilmann, P. R., Laval, R., & Wanlass, R. L. (1978). Locus of Control and Perceived Adjustment to Life Events. *Journal of Clinical Psychology*, 34(2), 512-513.
- Kilpelainen, M., Koskenvuo, M., Helenius, H., & Ergo, E. O. (2002). Stressful Life Events Promote the Manifestation of Asthma and Atopic Diseases. *Clinical & Experimental Allergy*, 32, 256-263.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Courington, S. (1981). Personality and Constitution as Mediators in the Stress-Illness Relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 368-378.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.
- Kobasa, S. C. O., & Puccetti, M. C (1983). Personality and Social Resources in Stress Resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4), 839-850.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha, ČR: Portál.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Reviews Psychological*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (2000). Towards Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 5(6), 665-673.
- Levi, L. (1979). Psychosocial Stress and Disease: A Conceptual Model. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 8-33). Springfield, USA: Charles C. Thomas.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(2), 108-119.
- Löckenhoff, C. E. , Terracciano, A., Patriciu, N. S., Eaton, W. W., & Costa, P. T., Jr. (2009). Self-Reported Extremely Adverse Life Events and Longitudinal Changes in Five-Factor Model Personality Traits in an Urban Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 53-59.

Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and Neuroticism as Predictors of Objective Life Events: A Longitudinal Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1046-1053.

Markush, R. E., & Favero, R. V. (1974). Epidemiologic Assessment of Stressful Life Events, Depressed Mood, and Psychophysiological Symptoms-a Preliminary Report. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 171-190). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York, USA: Oxford University Press, Inc. (3rd ed.).

Mechanic, D. (1974). Discussion of Research Programs on Relations Between Stressful Life Events and Episodes of Physical Illness. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 87-97). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Meyer, A., & Lief, A. (Eds.) (1948). *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-two Selected Papers*, (pp. 369-448). New York, USA: McGraw-Hill Book Company.

Michael, I. L., Carlson, N. E., Aickin, M., Weihs, K. L., Bowen, D. J., Chlebowski, R. T., et al. (2009). Influence of Stressors on Breast Cancer Incidence in the Women's Health Initiative. *Health Psychology*, 28 (2), 137-146.

Mikšík, O. (1969). *Člověk a svízelné situace*. Praha, ČR: Naše vojsko.

Miller, F. T., Bentz, W. K., Aponte, J. F., & Brogan, D. R. (1974). Perception of Life Crisis Events: A Comparative Study of Rural and Urban Samples. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 259-273). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Minter, R. E. & Kimball, C. P. (1978). Life Events and Illness Onset: A Review. *Psychosomatics*, 19(6), 334-339.

Mitsonis, C. I., Potagas, C., Zervas, I., & Sfagos, K. (2009). The Effects of Stressful Life Events on the Course of Multiple Sclerosis: a Review. *International Journal of Neuroscience*, 119, 315-335.

- Mueller, P. D., Edwards, W. D., & Yarvis, R. M. (1977). Stressful Life Events and Psychiatric Symptomatology: Change or Undesirability? *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 307-317.
- Munõz, M., Panadero, S., Santos, E. P., & Quiroga, M. Á. (2005). Role of Stressful Life Events in Homelessness: An Intragroup Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 35 (1/2), 35- 47.
- Myers, J. K., Lindhental, J. J., & Pepper, M. P. (1974). Social Class, Life Events and Psychiatric Symptoms. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 191-205). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Nešpor, K. (1985). Stressful Life Events. A preventive approach. *International Journal of Psychosomatics*, 32(4), 28-32.
- Ogden, J., Stavrinaki, M., & Stubbs, J. (2009). Understanding the Role of Life Events in Weight Loss and Weight Gain. *Psychology, Health & Medicine*, 14(2), 239-249.
- Paykel, E. S. (1974). Life Stress and Psychiatric Disorder: Application of the Clinical Approach. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 135-149). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Paykel, E. S. (1979). Recent Life Events and Clinical Depression. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 134-163). Springfield, USA: Charles C. Thomas.
- Paykel, E. S. (2003) Life Events and Affective Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 418), 61-66.
- Peled, R., Carmil, D., Sibony Samocha, O., & Soham-Vardi, I. (2008). Breast Cancer, Psychological Distress and Life Events Among Young Women. *BMC Cancer*, 8, 245-251.
- Picardi, A., & Abeni, D. (2001). Stressful Life Events and Skin Diseases: Disentangling Evidence from Myth. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(3), 118-136.
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha, ČR: Triton.



Rahe, R. H. (1974). The Pathway between Subject's Recent Life Changes and Their Near-Future Illness Reports: Representative Results and Methodological Issues. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 73-86). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Rahe, R. H. (1979). Life Change and Subsequent Illness Reports. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 58-78). Springfield, USA: Charles C. Thomas.

Rahe, R. H., & Lind, E. (1971). Psychosocial Factors and Sudden Cardiac Death: A Pilot Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(1), 19-24.

Rahe, R. H., Mahan, J. L., Arthur, R. J., & Gunderson, E. K. E. (1970). The Epidemiology of Illness in Naval Environments: I. Illness Types, Distribution, Severities, and Relationship to Life Change. *Military Medicine*, 135(6), 443-453.

Rahe, R. H., & Paasikivi, J. (1971). Psychosocial Factors and Myocardial Infarction II. An Outpatient Study in Sweden. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(1), 33-39.

Rahe, R. H., & Romo, M. (1979). Recent Life Changes and the Onset of Myocardial Infarction and Coronary Death in Helsinki. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 105-120). Springfield, USA: Charles C. Thomas.

Ristkari, T., Sourander, A., Rønning, J.A., Nikolakaros, G., & Helenius, H. (2008). Life Events, Self-reported Psychopathology and Sense of Coherence among Young Men. A Population-Based Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 464-471.

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1979). A Comparison of Life-Event-Weighting Schemes: Change, Undesirability, and Effect-Proportional Indices. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(June), 166-177.

Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.

Rubin, T. R. (1979). Biochemical and Neuroendocrine Responses to Severe Psychological Stress. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 227-241). Springfield, USA: Charles C. Thomas.

Rubin, T. R., & Rahe, R. H. (1979). U.S. Navy Underwater Demolition Team Training: Biochemical Studies. In E. K. E. Gunderson, & R. Rahe (Eds.), *Life Stress and Illness* (pp. 208-226). Springfield, USA: Charles C. Thomas.

Salleh, M. R. (2008). Life Event, Stress and Illness. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 15(4), 9-18.

Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experience Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932-946.

Schreiber, V. (2000). *Lidský stres*. Praha, ČR: Academia.

Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava, Československo: Obzor.

Selye, H. (1974). *Stress without Distress*. Philadelphia, USA: J. B. Lippincott Co.

Škoda, C. (1985). *Životní událost a nemoc*. Praha, ČR: VÚPs.

Spence, S. H., Sheffield, J., & Donovan, C. (2000). Problem Solving Orientation and Attributional Style: Moderators of the Impact of Negative Life Events on the Development of Depressive Symptoms in Adolescence? *Journal of Clinical Child Psychology*, 31(2), 219-229.

Stone A. A., Mezzacappa E. S., Donatone B. A., & Gonder M. (1999). Psychosocial Stress and Social Support are Associated with Prostate-specific Antigen in Men: Results from a Community Screening Program. *Health Psychology*, 18, 482-486.

Theorell, T. (1974). Life Events Before and After the Onset of a Premature Myocardial Infarction. In B. S. Dohrenwend, & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 101-117). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Theorell, T., & Rahe, R. H. (1971). Psychosocial Factors and Myocardial Infarction I. An Inpatient Study in Sweden. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(1), 25-31.

Thoits, P. A. (1981). Undesirable Life Events and Psychophysiological Distress: A Problem of Operational Confounding. *American Sociological Review*, 46, 97-109.

- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Turner, J. R., & Lloyd, D. A. (1995). Lifetime Traumas and Mental Health: The Significance of Cumulative Adversity. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(December), 360-376.
- Vinokur, A., & Selzer, M. L. (1973). Life Events, Stress and Mental Distress. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 329-330.
- Vinokur, A., & Selzer, M. (1975). Desirable versus Undesirable Life Events: Their Relationship to Stress and Mental Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(2), 329-337.
- Vossell, G. (1987). Stress Conception in Life Event Research: Towards a Person-centered Perspective. *European Journal of Personality*, 1, 123-140.
- Watson, D., & Clark, L. (1984). Negative Affectivity: The Disposition to Experience Aversive Emotional States. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Wolff, H. G. (1953). Life Stress and Bodily Disease. In A. Weider (Ed.), *Contributions toward Medical Psychology: Theory and Psychodiagnostic Methods, Vol 1.* (pp. 315-367). New York, NY, US: Ronald Press Company.

# **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1. – Dotazník

Příloha č. 2. – Deskriptivní statistika a četnosti

Příloha č. 3. – Ověření předpokladů použití lineárního modelu

Příloha č. 4. – Rozdíly mezi muži a ženami

## **Příloha č. 1: Dotazník**

### **International Life-Events Survey**



Dear respondent,

Thank you for your decision to participate in this survey!

We all experience various situations and events in our lives. Some of them are good and joyful, some are bad. These events can possibly further influence our lives in many ways.

The aim of this study is to investigate the occurrence of life events in university students with respect to related personal characteristics, states and experience.

Please answer all following question carefully. Remember that there are no right or wrong answers and the questionnaire is entirely anonymous.

Thank you for cooperation!

Barbora Sonova.

1) Here is a list of various life events. Please mark which of them have occurred to you within the past year. If a particular event has happened to you more than once during the last 12 months, please note it in the special cell on the right side.

	Yes, this event has occurred to me in last 12 months	No, this event has not occurred to me in last 12 months	If this event has occurred to you more than once within the past year, please write here how many times have you experienced it.
1. Death of spouse			
2. Divorce			
3. Marital Separation			
4. Jail term			
5. Death of close family member			
6. Personal injury or illness			
7. Marriage			
8. Fired at work			
9. Marital reconciliation			
10. Retirement			
11. Change in health of family member			
12. Pregnancy			
13. Sex difficulties			
14. Gain of new family member			
15. Business readjustments			
16. Change in financial state			
17. Death of close friend			

18. Change to different line of work			
19. Change in number of arguments with spouse			
20. Mortgage over \$50,000			
21. Foreclosure of mortgage or loan			
22. Change in responsibilities at work			
23. Son or daughter leaving home			
24. Trouble with in-laws			
25. Outstanding personal achievement			
26. Wife begin or stop work			
27. Begin or end school			
28. Change in living conditions			
29. Revision of personal habits			
30. Trouble with boss			
31. Change in work hours or conditions			
32. Change in residence			
33. Change in schools			
34. Change in recreation			
35. Change in church activities			
36. Change in social activities			
37. Mortgage or loan less than \$50,000			
38. Change in sleeping habits			
39. Change in number of family get-togethers			

40. Change in eating habits			
41. Vacation			
42. Christmas			
43. Minor violation of the law			

2)

Now, we would like to know if you have had any medical complaints and how your health has been in general, over the past few weeks. Please answer all the questions carefully.  
Have you recently

	Better than usual	Same as usual	Worse than usual	Much worse than usual
A1 been feeling perfectly well and in good health?				

	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
A2 been feeling in need of a good tonic?				
A3 been feeling run down and out of sorts?				
A4 felt that you are ill?				
A5 been getting any pains in your head?				
A6 been getting a feeling of tightness or pressure in your head?				
A7 been having hot or cold spells?				
B1 lost much sleep over worry?				
B2 had difficulty in staying asleep once you are off?				



B3 felt constantly under strain?				
B4 been getting edgy and bad-tempered?				
B5 been getting scared or panicky for no good reason?				
B6 found everything getting on top of you?				
B7 been feeling nervous and strung-up all the time?				

	More so than usual	Same as usual	Rather less than usual	Much less than usual
C1 been managing to keep yourself busy and occupied?				

	Quicker than usual	Same as usual	Longer than usual	Much longer than usual
C2 been taking longer over the things you do?				

	More satisfied	About same as usual	Less satisfied than usual	Much less satisfied
C4 been satisfied with the way you've carried out your task?				

	More so than usual	Same as usual	Less useful than usual	Much less useful
C5 felt that you are playing a useful part in things?				

	More so than usual	Same as usual	Less so than usual	Much less capable
C6 felt capable of making decisions about things?				

	More so than usual	Same as usual	Less so than usual	Much less than usual
C7 been able to enjoy your normal day-to-day activities?				

	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
D1 been thinking of yourself as a worthless person?				
D2 felt that life is entirely hopeless?				
D3 felt that life isn't worth living?				

	Definitely not	I do not think so	Has crossed my mind	Definitely have
D4 thought of the possibility that you might make away with yourself?				

	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
D5 found at times you couldn't do anything because your nerves were too bad?				
D6 found yourself wishing you were dead and away from it all?				

	Definitely not	I do not think so	Has crossed my mind	Definitely have
D7 found that the idea of taking your own life kept coming into your mind?				

3) People differ in the extent to which they believe they can control events that affect them. On one part of the continuum, there are individuals with a high internal locus of control, who believe that events result primarily from their own behaviour and actions. On the opposite side, there are people with high external locus of control, who believe that events are primarily determined by chance or fate and they have little influence on them (J.B. Rotter, 1966). If you imagine such a continuum, where you would say is your place on it? Please write down a number from 0 to 10 (you can use also decimal places for higher accuracy) which describes the best your perceived locus of control (0 means high external locus of control - you have little or no influence on events which affect you; 10 means high internal locus of control - you can control events that affect you by your own acts and behaviour).

4) Here are a number of personality traits that may or may not apply to you. Please evaluate each statement and indicate the extent to which you agree or disagree with that statement. You should rate the extent to which the pair of traits applies to you, even if one characteristic applies more strongly than the other.

I see myself as:

	Disagree strongly	Disagree moderately	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree moderately	Agree strongly
1. Extraverted, enthusiastic.							
2. Critical, quarrelsome.							
3. Dependable, self- disciplined.							
4. Anxious, easily upset.							
5. Open to new experiences, complex.							
6. Reserved, quiet.							
7. Sympathetic, warm.							
8. Disorganized, careless.							
9. Calm, emotionally stable.							
10. Conventional, uncreative.							

5) Below you will find a list of statements. Please rate how true each statement is for you .							
	Never true	Very seldom true	Seldom true	Sometimes true	Frequently true	Almost always true	Always true
1. Its OK if I remember something unpleasant.							
2. My painful experiences and memories make it difficult for me to live a life that I would value.							
3. I'm afraid of my feelings.							
4. I worry about not being able to control my worries and feelings.							
5. My painful memories prevent me from having a fulfilling life.							
6. I am in control of my life.							
7. Emotions cause problems in my life.							
8. It seems like most people are handling their lives better than I am.							
9. Worries get in the way of my success.							
10. My thoughts and feelings do not get in the way of how I want to live my life.							

Now, I would like to ask you to provide some basic demographical data for the purpose of statistical analysis of the survey.

6) Sex

Male	
Female	

Age

Nationality

Field of study

Are you an exchange student at the University of Jyväskylä?

Yes	
No	

How long have you been studying at the University of Jyväskylä?

7) This is the end! Thank you for your participation. If you have any questions, comments or remarks, please use the field below for your feedback.

References:

Social Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe, 1967).

The General Health Questionnaire GHQ28 (Golberg, 1972).

Ten Item Personality Inventory TIPI (Gosling, Rentfrow, & Swann, Jr., 2003).

The Acceptance and Action Questionnaire AAQ-II. (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Orcutt, Waltz et al., n.d).

## Příloha č. 2: Deskriptivní statistika a četnosti

### Deskriptivní statistika

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pohlaví	258	1	2	1,76	,430
Věk	258	19	50	24,60	4,755
Délka studia	258	,5	20,0	3,696	2,5410
Počet životních událostí	258	0	24	8,47	4,226
Jednotka životní změny	258	0	835	212,27	115,050
Jednotka životní změny - kum.	258	0	1997	244,90	211,157
Počet negativních událostí	258	0	7	,89	1,017
Negativní události - LCU	258	0	440	41,35	50,890
Počet pozitivních událostí	258	0	2	,28	,468
Pozitivní události - LCU	258	0	78	8,87	15,400
Počet neutrálních událostí	258	0	19	7,30	3,753
Neutrální dálelosti - LCU	258	0	455	161,85	86,579
Somatizace	258	7	23	13,78	3,369
Úzkostnost, nespavost	258	7	49	13,66	4,976
Sociální dysfunkce	258	8	24	14,79	2,765
Závažná deprese	258	7	28	10,90	4,380
Celkový zdravotní stav	258	33	96	53,12	12,060
Místo kontroly	258	2,00	10,00	7,3299	1,61169
Extraverze	258	2	14	8,59	3,028
Přívětivost	258	3	14	9,45	2,200
Svědomitost	258	3	14	9,56	2,576
Emoční stabilita	258	2	14	8,88	2,824
Otevřenost	258	4	14	10,41	2,284
Psychická flexibilita	258	18	70	50,34	9,954
Valid N (listwise)	258				

## Četnosti

Statistics													
	Pohlaví	Věk	Délka studia	Velikost životní změny	Celkový zdravotní stav	Místo kontroly	Extraverze	Prívetivost	Svědomitost	Emoční stabilita	Otevřenost	Psychická flexibilita	
N	Valid	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mode		2	23	1,0	124 <sup>a</sup>	0	8,00	8	9	11	9	12	57

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

### Pohlaví

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	63	24,4	24,4	24,4
2	195	75,6	75,6	100,0
Total	258	100,0	100,0	

### Věk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19	10	3,9	3,9	3,9
20	22	8,5	8,5	12,4
21	29	11,2	11,2	23,6
22	30	11,6	11,6	35,3
23	36	14,0	14,0	49,2
24	30	11,6	11,6	60,9
25	23	8,9	8,9	69,8
26	24	9,3	9,3	79,1
27	12	4,7	4,7	83,7
28	8	3,1	3,1	86,8
29	10	3,9	3,9	90,7
30	4	1,6	1,6	92,2
31	1	,4	,4	92,6
32	3	1,2	1,2	93,8
33	4	1,6	1,6	95,3
34	3	1,2	1,2	96,5
35	1	,4	,4	96,9
36	1	,4	,4	97,3
38	1	,4	,4	97,7
40	1	,4	,4	98,1
42	1	,4	,4	98,4
44	1	,4	,4	98,8
48	2	,8	,8	99,6
50	1	,4	,4	100,0
Total	258	100,0	100,0	



**Délka studia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,5	2	,8	,8	,8
	1,0	51	19,8	19,8	20,5
	1,5	2	,8	,8	21,3
	2,0	41	15,9	15,9	37,2
	2,5	2	,8	,8	38,0
	3,0	41	15,9	15,9	53,9
	3,5	1	,4	,4	54,3
	4,0	35	13,6	13,6	67,8
	4,5	1	,4	,4	68,2
	5,0	30	11,6	11,6	79,8
	6,0	26	10,1	10,1	89,9
	7,0	8	3,1	3,1	93,0
	7,5	1	,4	,4	93,4
	8,0	5	1,9	1,9	95,3
	9,0	5	1,9	1,9	97,3
	10,0	2	,8	,8	98,1
	11,0	2	,8	,8	98,8
	12,0	2	,8	,8	99,6
	20,0	1	,4	,4	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

**Celkový zdravotní stav**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	29	11,2	11,2	11,2
	1	27	10,5	10,5	21,7
	2	26	10,1	10,1	31,8
	3	20	7,8	7,8	39,5
	4	27	10,5	10,5	50,0
	5	16	6,2	6,2	56,2
	6	17	6,6	6,6	62,8
	7	17	6,6	6,6	69,4
	8	8	3,1	3,1	72,5
	9	8	3,1	3,1	75,6
	10	6	2,3	2,3	77,9
	11	13	5,0	5,0	82,9
	12	8	3,1	3,1	86,0
	13	7	2,7	2,7	88,8
	14	4	1,6	1,6	90,3
	15	4	1,6	1,6	91,9
	16	2	,8	,8	92,6
	17	2	,8	,8	93,4
	18	4	1,6	1,6	95,0
	19	4	1,6	1,6	96,5
	20	2	,8	,8	97,3
	21	2	,8	,8	98,1
	22	1	,4	,4	98,4
	23	4	1,6	1,6	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

Místo kontroly

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	3	1,2	1,2	1,2
	2,50	1	,4	,4	1,6
	3,00	7	2,7	2,7	4,3
	3,50	1	,4	,4	4,7
	4,00	6	2,3	2,3	7,0
	4,50	2	,8	,8	7,8
	4,60	1	,4	,4	8,1
	5,00	10	3,9	3,9	12,0
	5,50	1	,4	,4	12,4
	5,86	1	,4	,4	12,8
	6,00	21	8,1	8,1	20,9
	6,50	3	1,2	1,2	22,1
	6,53	1	,4	,4	22,5
	6,80	1	,4	,4	22,9
	7,00	48	18,6	18,6	41,5
	7,10	1	,4	,4	41,9
	7,50	8	3,1	3,1	45,0
	7,54	1	,4	,4	45,3
	7,60	1	,4	,4	45,7
	7,80	1	,4	,4	46,1
	7,90	1	,4	,4	46,5
	8,00	72	27,9	27,9	74,4
	8,40	1	,4	,4	74,8
	8,50	18	7,0	7,0	81,8
	8,60	2	,8	,8	82,6
	8,70	2	,8	,8	83,3
	8,80	1	,4	,4	83,7
	8,99	1	,4	,4	84,1
	9,00	32	12,4	12,4	96,5
	9,10	1	,4	,4	96,9
	9,50	1	,4	,4	97,3
	10,00	7	2,7	2,7	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

### Extraverze

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	1,2	1,2	1,2
	3	7	2,7	2,7	3,9
	4	19	7,4	7,4	11,2
	5	17	6,6	6,6	17,8
	6	28	10,9	10,9	28,7
	7	15	5,8	5,8	34,5
	8	37	14,3	14,3	48,8
	9	34	13,2	13,2	62,0
	10	19	7,4	7,4	69,4
	11	24	9,3	9,3	78,7
	12	27	10,5	10,5	89,1
	13	17	6,6	6,6	95,7
	14	11	4,3	4,3	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

### Přívětivost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	,4	,4	,4
	4	5	1,9	1,9	2,3
	5	7	2,7	2,7	5,0
	6	9	3,5	3,5	8,5
	7	21	8,1	8,1	16,7
	8	40	15,5	15,5	32,2
	9	51	19,8	19,8	51,9
	10	40	15,5	15,5	67,4
	11	33	12,8	12,8	80,2
	12	28	10,9	10,9	91,1
	13	20	7,8	7,8	98,8
	14	3	1,2	1,2	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

### Svědomitost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	,4	,4	,4
	4	7	2,7	2,7	3,1
	5	12	4,7	4,7	7,8
	6	19	7,4	7,4	15,1
	7	20	7,8	7,8	22,9
	8	30	11,6	11,6	34,5
	9	27	10,5	10,5	45,0
	10	30	11,6	11,6	56,6
	11	42	16,3	16,3	72,9
	12	41	15,9	15,9	88,8
	13	21	8,1	8,1	96,9
	14	8	3,1	3,1	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

### Emoční stabilita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	1,2	1,2	1,2
	3	5	1,9	1,9	3,1
	4	16	6,2	6,2	9,3
	5	11	4,3	4,3	13,6
	6	24	9,3	9,3	22,9
	7	19	7,4	7,4	30,2
	8	27	10,5	10,5	40,7
	9	38	14,7	14,7	55,4
	10	30	11,6	11,6	67,1
	11	30	11,6	11,6	78,7
	12	36	14,0	14,0	92,6
	13	13	5,0	5,0	97,7
	14	6	2,3	2,3	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

**Otevřenost**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	3	1,2	1,2	1,2
	5	6	2,3	2,3	3,5
	6	7	2,7	2,7	6,2
	7	13	5,0	5,0	11,2
	8	22	8,5	8,5	19,8
	9	37	14,3	14,3	34,1
	10	27	10,5	10,5	44,6
	11	43	16,7	16,7	61,2
	12	55	21,3	21,3	82,6
	13	30	11,6	11,6	94,2
	14	15	5,8	5,8	100,0
	Total	258	100,0	100,0	

**Psychická flexibilita**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	1	,4	,4	,4
	24	1	,4	,4	,8
	25	2	,8	,8	1,6
	26	2	,8	,8	2,3
	27	1	,4	,4	2,7
	28	3	1,2	1,2	3,9
	29	1	,4	,4	4,3
	30	4	1,6	1,6	5,8
	31	1	,4	,4	6,2
	32	3	1,2	1,2	7,4
	33	2	,8	,8	8,1
	34	1	,4	,4	8,5
	35	1	,4	,4	8,9
	36	1	,4	,4	9,3
	37	5	1,9	1,9	11,2
	38	1	,4	,4	11,6
	39	5	1,9	1,9	13,6
	40	7	2,7	2,7	16,3
	41	3	1,2	1,2	17,4
	42	6	2,3	2,3	19,8
	43	4	1,6	1,6	21,3
	44	9	3,5	3,5	24,8
	45	9	3,5	3,5	28,3
	46	6	2,3	2,3	30,6
	47	6	2,3	2,3	32,9
	48	12	4,7	4,7	37,6
	49	8	3,1	3,1	40,7
	50	12	4,7	4,7	45,3
	51	10	3,9	3,9	49,2
	52	12	4,7	4,7	53,9
	53	9	3,5	3,5	57,4
	54	15	5,8	5,8	63,2
	55	10	3,9	3,9	67,1
	56	5	1,9	1,9	69,0
	57	17	6,6	6,6	75,6
	58	6	2,3	2,3	77,9
	59	8	3,1	3,1	81,0
	60	12	4,7	4,7	85,7
	61	7	2,7	2,7	88,4
	62	9	3,5	3,5	91,9
	63	4	1,6	1,6	93,4
	64	6	2,3	2,3	95,7
	65	4	1,6	1,6	97,3
	66	2	,8	,8	98,1
	67	2	,8	,8	98,8
	68	2	,8	,8	99,6
	70	1	,4	,4	100,0
Total		258	100,0	100,0	

Počet životních událostí

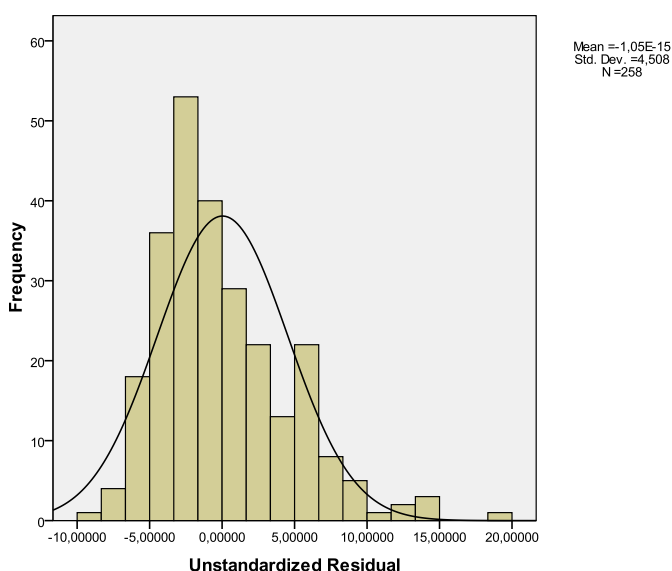
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,4	,4	,4
	1	3	1,2	1,2	1,6
	2	5	1,9	1,9	3,5
	3	19	7,4	7,4	10,9
	4	20	7,8	7,8	18,6
	5	27	10,5	10,5	29,1
	6	17	6,6	6,6	35,7
	7	32	12,4	12,4	48,1
	8	17	6,6	6,6	54,7
	9	23	8,9	8,9	63,6
	10	14	5,4	5,4	69,0
	11	18	7,0	7,0	76,0
	12	14	5,4	5,4	81,4
	13	11	4,3	4,3	85,7
	14	11	4,3	4,3	89,9
	15	11	4,3	4,3	94,2
	16	4	1,6	1,6	95,7
	17	7	2,7	2,7	98,4
	18	1	,4	,4	98,8
	19	1	,4	,4	99,2
	20	1	,4	,4	99,6
	24	1	,4	,4	100,0
	Total	258	100,0	100,0	



### Příloha č. 3: Ověření předpokladů použití lineárního modelu

Jelikož metoda lineární regrese vyžaduje, aby zkoumaná data splňovala určité předpoklady, provedli jsme potřebné výpočty pro ověření splnění požadovaných podmínek.

Požadavek normality distribuce reziduálů jsme testovali pomocí histogramu a Kolmogorov-Smirnovova testu normality. Následující graf ukazuje mírnou asymetrii rozložení reziduálů.



*Graf: Distribuce reziduálů*

Kolmogorov-Smirnovův test normality je signifikantní (tudíž zamítá hypotézu normality v důsledku velkého souboru).

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Unstand Residual
N		258
Normal	Mean	,0000000
Parameters <sup>a,b</sup>	Std. Deviation	4,5084617
		6
Most Extreme	Absolute	,105
Differences	Positive	,105
	Negative	-,058
Kolmogorov-Smirnov Z		1,686
Asymp. Sig. (2-tailed)		,007

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Díky velikosti souboru lze ovšem tolerovat mírné porušení normality.

Druhým předpokladem použití lineárního modelu nepřítomnost silné korelace mezi predikátory. Nejpřehlednější detekci multikolinearity (silné korelace mezi predikátory) poskytuje matice interkorelací:

Correlations				
		LCUkum Velikost životní změny	L.O.C.Score Místo kontroly	AAQII Psychická flexibilita
LCUkum Velikost životní změny	Pearson Correlation	1	-,003	-,116
	Sig. (2-tailed)		,963	,062
	N	258	258	258
L.O.C.Score Místo kontroly	Pearson Correlation	-,003	1	,335**
	Sig. (2-tailed)	,963		,000
	N	258	258	258
AAQII Psychická flexibilita	Pearson Correlation	-,116	,335**	1
	Sig. (2-tailed)	,062	,000	
	N	258	258	258

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Můžeme vidět, že pouze korelace mezi místem kontroly a flexibilitou je (vzhledem k rozsáhlému souboru) signifikantní. Avšak když si uvědomíme, že koeficient determinace je zde cca 0,1, je zřejmé, že se nemusíme obávat lability regresního modelu.

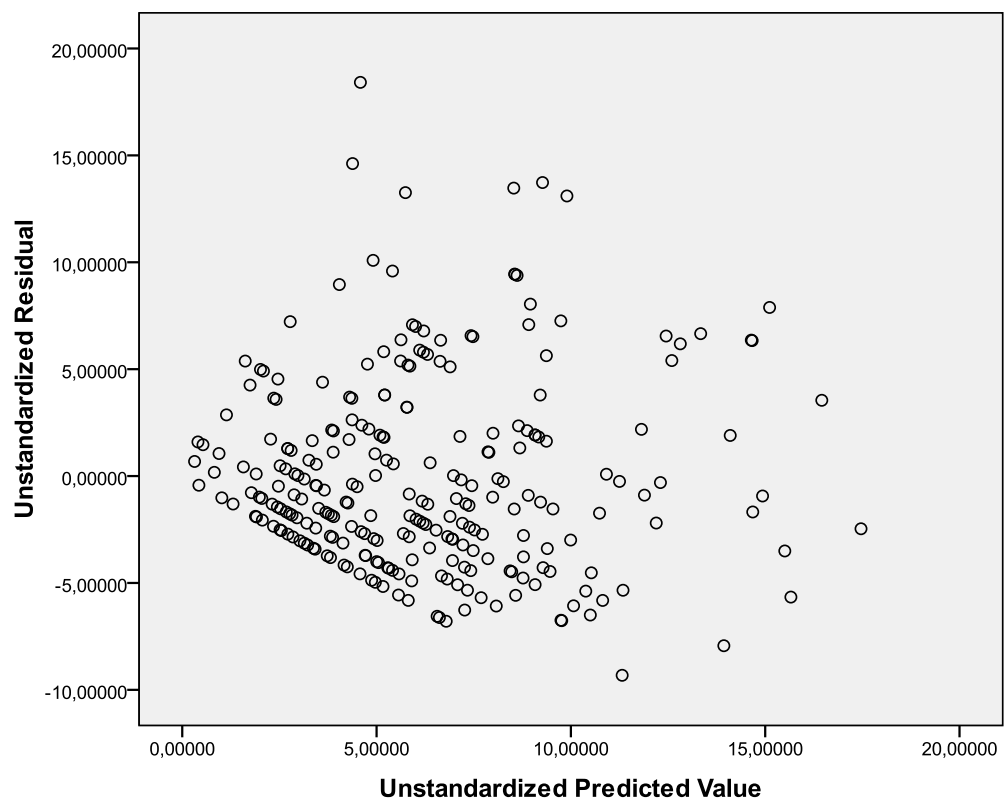
Homogenita rozptylu rezidiálů je další podmínkou regresní analýzy.

Correlations			
		abs_res	PRE_1 Unstandardized Predicted Value
abs_res	Pearson Correlation	1	,272**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	258	258
PRE_1 Unstandardized Predicted Value	Pearson Correlation	,272**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	258	258

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Korelace absolutních hodnot reziduálů s predikovanou střední hodnotou skóru zdravotního stavu je sice signifikantní, ale opět malá (koeficient determinace cca 0,07). Tudíž

lze přijmout předpoklad stejného rozptylu. Viz také následující graf.



## Příloha č. 4: Rozdíly mezi muži a ženami

### Mann-Whitney Test

Ranks				
	Pohlaví	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Věk	1	63	124,61	7850,50
	2	195	131,08	25560,50
	Total	258		
Velikost životní změny	1	63	128,69	8107,50
	2	195	129,76	25303,50
	Total	258		
Somatizace	1	63	103,40	6514,00
	2	195	137,93	26897,00
	Total	258		
Úzkostnost/nespavost	1	63	116,26	7324,50
	2	195	133,78	26086,50
	Total	258		
Sociální dysfunkce	1	63	126,25	7953,50
	2	195	130,55	25457,50
	Total	258		
Závažná deprese	1	63	137,59	8668,00
	2	195	126,89	24743,00
	Total	258		
Celkový zdravotní stav	1	63	116,51	7340,00
	2	195	133,70	26071,00
	Total	258		
Místo kontroly	1	63	129,33	8147,50
	2	195	129,56	25263,50
	Total	258		
Extraverze	1	63	94,82	5973,50
	2	195	140,71	27437,50
	Total	258		
Přívětivost	1	63	115,83	7297,50
	2	195	133,92	26113,50
	Total	258		
Svědomitost	1	63	143,96	9069,50
	2	195	124,83	24341,50
	Total	258		
Emoční stabilita	1	63	142,75	8993,50
	2	195	125,22	24417,50
	Total	258		
Otevřenost	1	63	113,77	7167,50
	2	195	134,58	26243,50
	Total	258		
Psychická flexibilita	1	63	126,79	7988,00
	2	195	130,37	25423,00
	Total	258		

Test Statistics<sup>a</sup>

	Věk	Velikost životní změny	Somatizace	Úzkostnost/ně spavost	Sociální dysfunkce	Závažná deprese	Celkový zdravotní stav	Místo kontroly	Extraverze	Přívětivost	Svědomitost	Emoční stabilita	Otevřenost	Psychická flexibilita
Mann-Whitney U	5834,500	6091,500	4498,000	5308,500	5937,500	5633,000	5324,000	6131,500	3957,500	5281,500	5231,500	5307,500	5151,500	5972,000
Wilcoxon W	7850,500	8107,500	6514,000	7324,500	7953,500	24743,000	7340,000	8147,500	5973,500	7297,500	24341,500	24417,500	7167,500	7988,000
Z	-,601	-,099	-,3278	-,1683	-,411	-,1,110	-,1,595	-,022	-,4,265	-,1,689	-,1,782	-,1,631	-,1,945	-,331
Asymp. Sig. (2-tailed)	,548	,921	,001	,092	,681	,267	,111	,983	,000	,091	,075	,103	,052	,740

a. Grouping Variable: Pohlaví